LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE
PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR: M. LE DOCTEUR AUGUSTE CÉZILLY.

2e ANNÉE. — No 3 | SAMEDI 17 JANVIER 1880. | Prix d'abonnement: Un an 20 | Le numéro, 40 centimes.

Tout ce qui regarde l'Administration doit être adressé à M. l'Administrateur et tout ce qui concerne la Rédaction à M. le Secrétaire de la Rédaction.

BUREAUX: BOULEVARD SAINT-MICHEL, 105, PARIS

Les ouvrages remis en double au bureau du Journal seront annoncés et analysés, s'il y a lieu.

EAUX MINÉRALES

EAU DE CONTREXÉVILLE

Contre la Gravelle, la Goutte, le Catarrhe de vessie, les Maladies des voies urinaires, les écoulements rebelles des organes génitaux et les affections calculeuses du foie, des reins et de la vessie.

Les eaux de Contrexéville sont diurétiques, et laxatives, sans fatiguer; elles activent les sécrétions, et excitent la circulation abdominale.

Les eaux de Contrexéville se transportent chaque année, en quantité considérable et ce mouvement ne peut aller qu'en augmentant encore. En effet, cette eau naturelle rend à domicile, comme à la source, les plus grands services à la thérapeutique de la Gravelle, de la Goutte, etc.

D'une façon générale, dans la *goutte* et la *gravelle*, nous dirons que :

1o L'eau prise à domicile doit être bue à jeun le matin;

2o Les doses (de 25 centilitres ordinairement, seront espacées de quinze à trente minutes;

3o Le premier repas n'aura lieu, au plus tôt, qu'une heure après le dernier verre;

4o Il est bon de faire un peu d'exercice après l'ingestion de l'eau.

La dose totale prescrite dans la goutte et la gravelle dépasse rarement *à domicile*, une bouteille par jour.

Nous ne pouvons mieux faire, pour rendre plus saisissantes encore les indications de l'eau de Contrexéville, que de rapporter ici une statistique empruntée au savant inspecteur de Contrexéville, M. le Dr Debout d'Estrées. Cent malades soignés en 1878 se décomposent ainsi :

Gravelle (urique, oxalique, phosphatique).	39
Goutte.	22
Catarrhe vésical, cystites, prostatites.	19
Diabète goutteux.	3
Coliques hépatiques.	7
Autres maladies chroniques des reins, de la vessie, de l'urèthre, du foie, de l'estomac (dyspepsie), catarrhe utérin, anémie.	10
	100

EAU D'EAUX-BONNES

Obs. de *Catarrhe bronchique invétéré avec dyspnée simulant des accès d'asthme, diathèse arthritique.*

— M. X..., 57 ans. Constitution vigoureuse, tempérament à prédominance bilieuse, Dyspeptique et rhumatisant. M. X... souffre depuis longues années de douleurs articulaires. Obligé par la nature de ses occupations de se rendre en Angleterre, M. X... contracta, pendant un séjour qu'il fit à Londres, une bronchite intense qui n'a jamais été radicalement guérie, et qui a fait planche pour les accidents qui se sont manifestés ultérieurement du côté des bronches.

A son arrivée aux Eaux-Bonnes, M. X... se présente à moi dans les conditions suivantes : teint jaune-paille, ictérique, anorexie, pesanteur d'estomac avec pneumatose, constipation, langue blanche et pâteuse, voix couverte; le moindre exercice détermine de la dyspnée, qui parfois se révèle lorsque le malade est couché, et simule un accès d'asthme. La respiration est habituellement courte, accélérée; absence de fièvre; la toux est fréquente, quinteuse et s'accompagne surtout le matin d'une expectoration abondante de mucosités jaune-verdâtre. La percussion de la poitrine ne dénote aucune altération dans la sonorité; elle signale du côté du foie un engorgement notable du lobe moyen. L'auscultation constate dans toute l'étendue des deux poumons des râles ronflants et sibilants ; en arrière et à la base, du côté gauche je perçois des bulles de sous-crépitant. Absence totale de signes pathognomiques de tuberculisation.

Après avoir préalablement déblayé les premières voies à l'aide d'un éméto-catarthique, la médication sulfureuse est ordonnée en boisson.

Le traitement dure vingt-huit jours. En voici les résultats : disparition à peu près complète de toute les altérations stéthoscopiques mentionnées à l'arrivée. Diminution notable dans l'oppression. L'hypersécrétion bronchique est complètement tarie. Les fonctions digestives ont acquis plus d'énergie et d'activité. Le foie est notablement réduit de volume. Je ne dois pas omettre de signaler l'absence complète de douleurs rhumatoïdes pendant toute la durée de la cure.

La guérison s'est ultérieurement complétée. L'affection catarrhale n'a pas reparu.

(Traité pratique des Eaux-Bonnes)
Dr CAZENAVE DE LA ROCHE.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
2me Année. — N° 2 10 janvier 1880.

SOMMAIRE:

1er janvier 1880

A NOS LECTEURS

Chers confrères,

En vous offrant nos souhaits de nouvelle année, qu'il nous soit permis de vous affirmer, que celle qui vient de s'écouler, a été remplie toute entière par les préoccupations que nous inspire le désir de vous être utile. Cette application à un but bien précis n'a pas été stérile, si nous en jugeons par la correspondance, tant celle qui est résumée dans la boîte aux lettres du journal, que celle qui est de nature plus confidentielle.

La voie dans laquelle est entré le *Concours Médical,* paraît être à la convenance des besoins de la majorité de nos lecteurs. L'essentiel est accompli; le journal est conçu dans un sens qui lui attribue un caractère spécial et lui constitue une personnalité.

Résumons notre situation.

Intérêts scientifiques :

Notre cadre est encore étroit; mais nous nous sommes efforcés de faire tenir le plus de choses dans le plus petit espace, par le fréquent emploi des *Revues générales.* Nous multiplierons les *Cliniques* des grands services hospitaliers, les *Leçons* des maîtres. Les *Notes de thérapeutique* remplacent avec avantage les formules trop brèves. Les *Revues d'hygiène* et d'*obstétrique* seront plus fréquentes. Nous espérons pouvoir élargir le champ des variétés, de façon à procurer, à nos lecteurs, quelque délassement. Nous réclamons de nos adhérents un *concours scientifique* plus habituel, pour préciser la valeur pratique des méthodes de traitement exposées dans nos colonnes. Les *prix du Concours Médical* qui ont été établis seront affectés aux études les plus intéressantes.

Partie matérielle :

Nous avons arrêté d'une façon définitive le choix du papier d'impression. Comme teinte et résistance, il est supérieur à tout autre; c'est celui dont fait usage actuellement le *British Medical journal*, organe de l'*Association générale britannique.*

Nous sommes obligé à quelque discrétion au sujet des frais et produits du *Concours Médical.* On continue à nous écrire : pourquoi ne pas accroître le nombre des *eaux minérales* et des *produits adoptés?*

Nous avons déjà dit que, faisant nous-même tous les frais de notre fonctionnement, il pouvait nous être permis de déclarer : que nous sommes fort satisfait; que nous n'avons pas encore essuyé un seul reproche au sujet de nos choix; que cela nous suffit et que nous semons pour que vous récoltiez. Une demi-année, à peine, s'est écoulée, et déjà nous pourrions vous faire part de très-importants résultats. Nous préférons attendre le jour et l'heure favorables.

Actuellement les dépenses de l'année sont fixées; les recettes proviennent : 1° des abonnements payants; 2° des réductions consenties en faveur du fonds commun; 3° des sommes stipulées par les traités de publicité.

La faveur que vous accordez à des produits de valeur incontestable, n'est qu'au détriment de ceux qui ne méritent aucune créance et dont nous pouvons aisément dispenser nos malades. Vous faites aux personnes qui traitent avec nous des avantages qui les dédommagent très-largement des sacrifices pécuniaires qu'ils consentent pour s'assurer la publicité si puissante du *Concours Médical.* D'autres traités sont conclus ou en préparation. Pour leur étude et leur mise en œuvre, le temps est un

élément indispensable. — Les produits de ces conventions seront les *avantages futurs* de notre *Concours*.

Convaincu que le meilleur moyen de lutter contre les spécialités de mauvais aloi, qui inondent de leurs réclames mensongères jusqu'aux feuilles médicales les plus sérieuses, nous avons tracé un programme que tout médecin, soucieux de sa dignité, peut et doit accepter. Il est nécessaire de soutenir les spécialités pharmaceutiques qui, pour des causes scientifiques, ont leur raison d'être et c'est un appui légitime que celui que nous leur prêtons.

Il existe aussi, pour nos adhérents des *avantages actuels*. Nous leur rendons déjà quelques services qu'il a été et qu'il est en leur pouvoir de recueillir à leur volonté, en recourant à nos fournisseurs communs, qui tous, ont consenti des réductions très-notables sur leurs prix habituels.

Nous avons sous les yeux les relevés des commandes déjà faites par nos lecteurs, dans les six derniers mois. L'Administrateur du journal nous soumet des calculs qui prouvent que le total des réductions obtenues dans cette période, s'élève à un chiffre très-respectable. Il nous expose également le montant des réductions accessoires destinées au fonds commun. Ce chiffre nous fait concevoir de légitimes espérances d'avenir, quand la majorité de nos confrères voudra faire usage des facilités d'économie qui leurs sont offertes. C'est vous dire que, même ne dussiez-vous pas les trouver très-grandes, pourtant, dans l'interêt commun et pour nous assister dans la mesure du possible, ce serait pour vous tous un devoir étroit de vous ingénier à recourir aux fournisseurs du *Concours Médical*. Toutes les fois qu'une observation nous est faite sur des réductions insuffisantes, elle est de suite transmise à qui de droit et nous sommes assurés d'obtenir satisfaction.

Nous voudrions voir chacun de nos confrères recourir de suite à la compagnie d'assurances, le *Phénix*. Ce serait nous faciliter singulièrement notre tache à propos de l'*Assurance contre les accidents* et surtout de l'*Assurance-Vie*.

Sachez-le bien, si nos projets se réalisent de ce dernier côté, vous ne pouvez vous faire une idée exacte de l'avenir qui nous serait réservé. Nous trouverions, de ce chef, le motif le plus puissant, le plus persistant, d'accroissement du nombre de nos adhérents. Ceux de nos confrères qui ne sont pas ou plus assurés contre l'incendie, ne peuvent avoir aucune hésitation, tant est sérieuse la réduction que, seuls, ils peuvent obtenir. Ceux qui le sont encore voudront faire reprendre par le *Phénix* leur assurance avant son terme, s'il n'est plus trop éloigné. Il est évident qu'ils n'auront rien à payer, si ce n'est à l'époque de la mise en action de leur nouvelle assurance.

Si nous insistons sur ce point, c'est qu'en agissant ainsi, nos adhérents nous auront assisté puissamment. Que faut-il, en effet, pour qu'il nous soit facile d'obtenir pour vous des traitements de faveur de toute nature, si ce n'est pouvoir, en parlant en votre nom, démontrer d'une façon palpable, que vous êtes tous décidés à suivre nos indications, dictées par la volonté de vous servir en toutes choses. Il faut qu'il soit démontré que vous voulez avoir confiance en nous et que nous sommes votre mandataire accrédité.

Notre intention bien arrêtée, en présence des résultats déjà obtenus en parlant en votre nom, est de ne pas nous en tenir à ce cercle restreint d'annonces extra-médicales. L'administration vous soumettra prochainement, à ce sujet, des vues intéressantes; elles sont, à notre avis, de nature à nous rendre à tous d'importants services.

Intérêts professionnels :

La chronique professionnelle du journal ne chômera pas, tant sont nombreux les aspects de notre si pénible exercice. Elle expose nos souffrances, nos griefs, nos aspirations. Si nous n'arrivons pas aussi vite que nous le souhaiterions tous, à modifier notre situation, nous aurons au moins exhalé nos plaintes et soulagé ainsi notre mal. Ces constatations ne sont jamais sans quelque effet. Nous avons tous, même isolément, une action. Le jour où nous voudrons et pourrons rendre cette action collective, croyez bien que nous pèserons de quelque poids, puisque tous, nous avons des mandataires.

D'ailleurs il ne s'agit en ceci que des cas où nous sommes obligés de recourir à de plus puissants que nous. Mais quant à ce qui nous concerne, nous seuls, quant à ce qui est de notre domaine, nos relations entre nous, nos prescriptions à nos malades, la protection de nos intérêts et de ceux des pharmaciens qui exercent à côté de nous; sur ce terrain nous avons tout pouvoir.

Faire nos affaires nous-mêmes, c'est ce qu'on nous prêche sur tous les tons. Nous seuls, avons commencé à prendre ce parti. Notre nombre s'accroît chaque jour. Il ne vous sera pas indifférent de savoir que de nombreux témoignages de sympathie nous parviennent de bien des côtés, en dehors du cercle de nos adhérents. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, d'ailleurs? Et pourquoi en serions-nous surpris, puisque les principes qui nous ont déjà fait ce que nous sommes, sont inattaquables et que

nons ne recherchons que les vrais intérêts de la profession.

Notre *Concours Médical* ne doit pas se réduire à signer une vaine formule d'adhésion. Il faut la traduire en actes. Ce que nous affirmons en toute sincérité, c'est qu'aucun effort ne sera perdu et que l'exécution des divers points de notre programme ne pourra que contribuer au bien de tous nos confrères.

Le directeur,
A. CÉZILLY

BULLETIN DE LA SEMAINE

Nous publions plus loin le récit des obsèques d'un jeune interne des hôpitaux de Paris, Georges Herbelin, qui a succombé, à une diphthérie contractée en soignant les jeunes malades de l'hôpital Sainte-Eugénie. Son chef de service, M. le Dr Lannelongue obtint pour lui la croix de la Légion d'honneur qu'il eut à peine le temps de recevoir sur son lit de mort. Nous nous associons à tous nos confrères pour rendre hommage à cette victime du devoir professionnel.

— Nous avons à enregistrer aujourd'hui la nomination de M. Alfred Fournier à la chaire nouvelle de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous disions des mérites du nouveau professeur; il était depuis longtempts désigné à ce choix par ses remarquables travaux. Nous constaterons seulement que la création de cette chaire est un nouveau pas fait dans la voie ouverte naguère par le doyen Rayer, à qui revient l'honneur d'avoir inauguré, à la Faculté de Paris, naguère si réfractaire à ces vues, l'enseignement des *spécialités*. — Il reste encore bien des progrès à accomplir sous ce rapport, mais il serait injuste de méconnaître les récents perfectionnements apportés à l'enseignement de l'Ecole de Paris. Appelons de tous nos vœux la réforme de l'enseignement des accouchements qui est dans un état réel d'infériorité en France, non pas à cause du mérite des professeurs qui est incontesté, mais bien en raison du peu de salles d'hôpital consacrées à l'enseignement clinique de cette branche si importante.

— Par un autre décret, M. Rouget, ancien agrégé de la Faculté de Paris, professeur à la Faculté de Montpellier, est appelé à succéder, au Muséum, à Claude Bernard ; c'est une succession que M. Rouget saura dignement remplir, ses travaux antérieurs en sont un sûr garant.

— M. Roger a succédé à l'Académie de Médecine au président sortant, M. Richet, et, en termes émus, il a proposé à la savante compagnie de voter par acclamation des remercîments à son prédécesseur, pour le dévouement qu'il a apporté dans l'exercice de sa délicate mission. Jamais remercîments n'ont été mieux mérités et c'est l'opinion de tous que M. Roger a su exprimer.

Dans la dernière séance de l'Académie de Médecine, M. Bouillaud a pris la parole pour relever une assertion de M. Colin émise par ce dernier lors de sa récente communication sur les hydropisies partielles. M. Bouillaud nie que les hydropisies partielles puissent avoir leur point de départ dans les vaisseaux lymphatiques. Il rappelle notamment les faits signalés par Andral d'oblitération du canal thoracique chez l'homme, dûment constatée à l'autopsie, sans que, durant la vie, les accidents hydropiques eussent été observés.

A cela, M. Colin est venu répondre que la pathologie vétérinaire offre des occasions fréquentes d'observer des cas d'hydropisie partielle dont l'unique cause est une oblitération d'un tronc lymphatique volumineux, par exemple, à la suite d'une tuméfaction ganglionnaire d'une lymphagite. Ce même résultat peut être obtenu par voie expérimentale ; si la ligature du canal thoracique n'est pas toujours suivie d'épanchement hydropique, c'est que ce conduit, chez beaucoup d'animaux, se divise en plusieurs branches, dont une seule se trouve oblitérée par le lien constricteur. Il n'en est pas de même pour le veau, chez lequel M. Colin a toujours réussi à obtenir des épanchements d'une sérosité qui avait de grandes analogies de composition avec la lymphe.

Nous croyons, quant à nous, qu'il ne serait pas difficile de retrouver dans la littérature médicale des faits empruntés à la pathologie humaine d'épanchements de lymphe dans les séreuses dus à une oblitération d'un vaisseau lymphatique de gros calibre.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE (1).

TROPHONÉVROSE FACIALE.

Avant de reprendre la suite de son sujet, le pro-

(1) Voyez le *Concours Médical*, no 22, 29 novembre; no 24, 13 décembre; no 25, 20 décembre; no 28, 27 décembre 1879.

fesseur profite d'une heureuse circonstance pour mettre sous nos yeux, un homme atteint de *trophonévrose faciale,* affection rare, signalée pour la première fois par un Anglais et étudiée par Romherg, de Berlin. Cet homme est également de Berlin où il a été vu par Romherg; il est malade depuis l'âge de neuf ans, et il en a aujourd'hui quarante-et-un. Le diagnostic est facile, car il suffit d'examiner attentivement les deux côtés de la face et l'intérieur de la bouche. Schwann (c'est le nom du malade) a le côté droit de la faee normal; le côté gauche préseute au contraire la physionomie d'un vieillard. En effet, ce côté est marqué de rides profondes et verticales au fond desquelles la peau est collée aux os. Ces plis verticaux s'ohservent surtout au front et à la mâchoire inférieure. Si on lui fait tirer la langue, on voit que les deux moitiés de cet organe sont dissemblables. La partie gauche est très-atrophiée, tandis que la droite est normale. Le voile du palais présente la même disposition, atrophie à gauche, état normal à droite. C'est là un cas complet, tel qu'on le rencontre rarement, car souvent cette atrophie n'atteint qu'une partie de la face sans pénétrer dans l'intérieur de la cavité huccale.

Cette affection est donc située dans le domaine du trijumeau. Mais ajoutons tout de suite que le malade ne présente aucune trace d'insensibilité et que ses organes des sens ne sont affectés en aucune façon. Peut-être l'acuité visuelle est-elle affaiblie, mais le globe oculaire parait normal.

On connaît la pathogénie de cette maladie. Elle dépend d'une lésion profonde des nerfs trophiques de la cinquième paire, à supposer qu'il existe des nerfs trophiques dans la cinquième paire, ce que la physiologie expérimentale n'a point encore démontré. D'après cette hypothèse, le trijumeau coutiendrait à la fois des nerfs sensitifs et des nerfs trophiques. Il n'est pas encore possible de se prononcer à ce sujet, car on n'a pas encore eu l'occasion de faire une nécropsie dans un cas semblable.

La trophonévrose faciale est plutôt une infirmité qu'une maladie. Elle ne compromet pas l'existence et l'issue n'en est pas nécessairement fatale. Schwann exploite son infirmité en parcourant les différentes universités où il montre sa figure pour de l'argent, moyen d'existence qui en vaut hien un autre.

M. Charcot termine ces notions sur la trophonévrose faciale en faisant voir diverses projections concernant des sujets qui en sont atteints. Il montre entr'autres la planche de Romberg.

Contracture spaspmodique permanente. — Théorie et conséquences pratiques

Revenons maintenant à l'étude de la contraction spasmodique permanente que les faits et les raisonnement développés dans la dernière conférence nous ont permis de regarder comme le *tonus* musculaire porté à la suprême puissance, le *tonus* musculaire pathologique, en un mot. On a vu aussi que la contracture est analogue à la contraction musculaire normale, comme le démontrent les expériences faites à l'aide du microphone, expériences qui prouvent que la contraction musculaire normale produit un son continu, tandis que, dans la contracture, le son est continu avec renforcements. Ces faits, en apparence minimes, ont cependant une grande portée.

Ici s'élève une difficulté, c'est celle de comprendre le tonus, car comment expliquer qu'un organe soit en activité permanente sans jamais se reposer. M. Onimus l'a résolue en supposant que, dans la contraction, tous les faisceaux des muscles ne se contractent pas simultanément, mais successivement; les uns étant au repos pendant que les autres sont en activité. C'est cette succession qui expliquerait le son continu avec renforcements.

N'oublions pas non plus que le tonus est un acte réflexe spinal demandant, pour se produire, que l'arc réflexe ait conservé toute son intégrité. On sait que cet arc part du muscle pour se rendre à une cellule æsthésodique en rapport avec une cellule motrice qui est, ellemême, en relation avec le muscle. On comprendra facilement la contracture en supposant que la cellule motrice se trouve dans un état d'irritabilité particulière. C'est là la lésion dynamique. Ce qui le démontre, c'est que tout ce qui augmente l'excitabilité de la moelle augmente par cela même la contracture. Telle est, par exemple, la strychnine qui exagère l'excitabilité réflexe générale, mais surtout dans les points où se trouve cette lésion dynamique hypothétique. Dans ces points la strychnine excitera encore davantage les cellules motrices, ce qui amènera la contracture.

Si cette irritabilité est exagérée au point d'amener une lésion matérielle, c'est-à-dire la dégénération granuleuse des cellules motrices, il en résultera nécessairement l'atrophie des nerfs moteurs qui sont en relation avec elles, et, par suite, l'atrophie consécutive du muscle qui se produira à cause de la coupure de l'arc réflexe. On s'explique ainsi comment la contracture disparait et est remplacée par l'atrophie musculaire.

On a vu, dans la dernière conférence, une hémiplégique qui n'avait point de contracture bien déterminée, en être affectée à la suite d'un traumatisme. On a vu aussi comment on explique la production de cette contracture, au moyen d'un arc réflexe musculo-cutané qui, de la peau et du muscle se rend aux cellules æsthésodiques de la moelle. Celles-ci sont en rapport avec les cellules motrices déjà fortement excitées. Sous l'influence de cette nouvelle excitation elles réagissent en produisant la contracture. Car, chez les hémiplégiques, la moelle est déjà très-excitée comme le prouvent les réflexes tendineux et le phénomène du pied. Il suffit dans ces cas d'une simple irritation cutanée (aimant, sinapisme, etc.), pour amener la contracture.

Tout cela est théorique et schématique, mais cette théorie permet de relier les faits et il faut hien l'accepter puisqu'on n'en connaît pas de meilleure qui les explique mieux. Elle permet surtout de se rendre compte du phénomène du transfert qui est si difficile à expliquer. En effet, nous avons de l'autre côté du corps, un arc réflexe musculaire et sensitif, semblahle à celui qui nous a servi à expliquer la contracture survenue à la suite d'un traumatisme. Mais la cellule nerveuse motrice de la corne antérieure à laquelle il ahoutit est en relation avec la cellule motrice de la corne antérieure de l'autre côté de la moelle, car dans celle-ci les deux côtés sont solidaires. Quand la contracture se fait d'un côté, une excitation cutanée (appareils, tractions, vésicatoire, cautères, massage, etc.) l'augmente Aussi Brodie, « génie médical anglais, » avait-il raison de regarder la contracture comme un *noli me tangere*, qui ne fait que s'accroître par les moyens indiqués plus haut. Tout cela tourne mal. Il ne faut donc rien faire directement. Le médecin doit agir, dans ce cas, par des voies détournées ; c'est sur les parties symétriques situées de l'autre côté qu'il doit porter son action. C'est au moyen de cette théorie que M. Charcot, a pu guérir la religieuse dont il a déjà parlé dans une autre conférence. Voici comment on explique ce phénomène en faisant intervenir la théorie des nerfs d'arrêt. L'excitation portée sur la peau du côté sain agit sur la cellule motrice située du même côté. Celle-ci agit à son tour sur celle de l'autre côté, qui par suite de l'arrêt perd sa surexcitabilité. Il se passe alors un phénomène bien curieux en vertu duquel la cellule motrice du côté sain devient surexcitable, ce qui amène la contracture du même côté.

Il en ressort cette conclusion pratique, c'est que dans la contracture hystérique et peut-être aussi dans celles qui sont d'une autre nature, il faut agir non sur les

muscles contracturés, mais sur leurs homologues du côté sain.

SYNCINÉSIE

A l'état sain, les mouvements de chaque côté du corps sont indépendants et l'on peut, par exemple, fermer la main droite sans produire le moindre mouvement dans la main gauche. Mais chez certaines hémiplégiques contracturées ou en puissance de contracture, les mouvements des deux côtés du corps paraissent combinés et ne pouvoir pas se produire l'un sans l'autre. Voici ce phénomène tel qu'il se produit chez deux malades. La première est incomplètement paralysée du côté droit, mais elle est en puissance de contracture, car si plusieurs fois de suite on lui fait fermer la main gauche, on voit la main droite animée de mouvements. La seconde est hémiplégique et contracturée à gauche. Elle a une hémiplégie infantile, suite d'une atrophie cérébrale due probablement à une lésion scléreuse. Elle peut encore exécuter quelques mouvements avec la main et le bras gauches. Si on lui dit de fermer la main droite, elle commence par fermer la main gauche. C'est à cette association de mouvements que l'on a donné le nom de *syncinésie* (*sun*, ensemble; *xineo*, je meux) signalée pour la première fois en 1872, par M. Onimus, et étudiée par Westphal, de Berlin. M. Vulpian, dans son article *Moelle*, du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre en a donné l'explication suivante. Il admet que, dans la moelle, les mouvements musculaires sont réunis dans un groupe cellulaire, association dont l'action combinée produit le mouvement voulu. Si l'un de ces groupes est très-excitable, surexcitable même, en vertu de la solidarité il agira sur le groupe semblable du côté opposé ce qui amènera les mouvements de ce côté.

Voilà en quelques mots ce qu'il faut entendre par *syncinésie*, qui ne présente encore qu'un intérêt théorique, mais que les médecins doivent connaître parce que de cette connaissance peuvent sortir certaines applications pratiques.

ATHÉTOSE

Voici un autre phénomène fréquent chez les hémiplégiques, mais qui n'avait pas encore fixé l'attention parce que les yeux ne voient que ce qu'ils ont appris à voir. Aussi fut-on ébahi, quand Hammond de New-York, décrivit l'athétose (*a, tithêmi*, sans position fixe). Le professeur présente une malade atteinte d'hémiplégie infantile gauche, duë à une atrophie cérébrale droite et chez laquelle est survenue de la contracture. Si on examine ses pieds et ses mains on voit qu'ils sont sans cesse en mouvement. Les doigts comme les orteils sont animés d'une sorte de mouvement de reptation que l'on a comparés avec plus ou moins de justesse à ceux qu'exécutent les tentacules d'un poulpe.

L'athétose existe toujours à la face bien que la possibilité de ce fait ait été niée par Hammond. En effet la face de la malade est asymétrique et ridée du côté gauche. On fait apparaître l'athétose de la face en plaçant un objet dans la main de la malade.

L'athétose dépend sans doute de la contracture (1).

CHORÉE POST-HÉMIPLÉGIQUE

La *Chorée posthémiplégique* est comme le pendant de l'athétose et elle survient dans les mêmes circonstances, bien que leurs localisations cérébrales ne soient pas les mêmes. Mitchell, de Philadelphie, l'a décrite le premier en 1874, mais il faut reconnaître que M. Charcot en avait montré des exemples avant cette époque. On peut en avoir une idée par cette malade qui arrive le bras gauche appliqué contre la cuisse gauche ou contre le ventre. Elle prend cette attitude pour fixer sa main et empêcher les mouvements choréiques dont elle est agitée aussitôt qu'on lui fait perdre ce point d'appui. Cette malade a une atrophie cérébrale droite datant de l'enfance et, chez elle, la contracture est tellement proche qu'il suffit de percuter rapidement le tendon rotulien pour que le pied se mette en adduction.

ANATOMIE DU FAISCEAU PYRAMIDAL. Dans la contracture des hémiplégiques, il y a excitabilité de la substance grise des cornes antérieures de la moelle; comment se fait-il qu'une hémorrhagie ou un ramollissement d'un point déterminé du cerveau provoque l'irritabilité des cornes antérieures du côté opposé à la lésion? En un mot, comment une lésion cérébrale peut-elle devenir spinale? On le comprend par l'anatomie du *faisceau pyramidal*, qu'on peut présenter sous une forme concrète sans entrer dans les détails délicats qu'exigerait cette question, en grande partie nouvelle. Il y a, dans certaines régions de l'écorce grise des hémisphères cérébraux, des cellules appelées pyramidales, à cause de leur forme qui représente une pyramide dont le sommet est tournée vers la périphérie du cerveau tandis que, de leur base, partent des cylindres-axes qui bientôt se recouvrent de myéline et deviennent tubes nerveux flexueux, descendant sans interruption jusqu'aux cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière. Ce sont tous ces éléments qui constituent le faisceau pyramidal qu'il faut suivre maintenant dans les différentes régions de l'encéphale.

Dans ce qu'on appelle le manteau du cerveau, on connait des régions motrices qui avaient déjà frappé Vicq d'Azir en 1785. Cet anatomiste avait, en effet, remarqué à la surface du cerveau deux circonvolutions verticales, peu contournées et faites autrement que les autres. Rolando y a également beaucoup insisté. On appelle aujourd'hui frontale ascendante, l'antérieure, celle qui est située en avant du sillon de Rolando; l'autre est la pariétale ascendante. Elles se prolongent dans le lobule paracentral. Ces deux circonvolutions sont expérimentalement motrices; si chez l'homme, il y a des difficultés expérimentales, la pathologie les dénoue, et quand ces régions sont lésées, il y a trouble du mouvement, ce qui n'arrive pas quand les lésions atteignent d'autres points. Parties des cellules pyramidales, les fibres pyramidales se dirigent vers la partie postérieure de la capsule blanche interne pour se rendre ensuite dans les pédoncules cérébraux. Nous n'entrerons point ici dans tous les détails anatomiques trop longs pour indiquer le lieu précis de la capsule interne où pénétrent les fibres pyramidales. Disons seulement que cet espace n'est pas considérable et, qu'en arrière, passe le faisceau sensitif qui est centripète. Quand celui-ci est lésé, on a l'hémianesthésie. Si tous deux sont lésés, on a, à la fois, hémiane shésie et hémiplégi, si le faisceau pyramidal est atteint dans un point de son trajet, il y a trouble du mouvement et dégénération descendante qui amènera la contracture. C'est ainsi qu'une lésion cérébrale peut retentir sur la moelle et devenir lésion spinale. Toutes les fois que la lésion des masses grises n'atteint pas les fibres pyramidales, l'hémiplégie peut guérir; dans le cas contraire, elle sera permanente avec contracture. Si les fibres pyramidales sont seulement comprimées, il y aura hémiplégie transitoire, car après la résorption du sang et l'oblitération du foyer, l'hémiplégie guérira. Une différence d'un millimètre peut avoir une importance extrême. C'est sur de pareils faits, comme sur un fondement solide, qu'est basée la théorie des localisations cérébrales. Il y a, à la Salpêtrière, environ quatre cents hémiplégiques qui fournissent quinze à vingt autopsies par année et on n'a pas encore trouvé une exception à la loi posée plus haut. C'est à

(1) Nos lecteurs trouveront dans le nº 11 du *Concours Médical*, une observation d'athétose qui diffère à beaucoup d'égards de toutes celles publiées jusqu'ici, mais surtout par ce fait que M. Tison en a obtenu la guérison au moyen des courants continus fournis par la pile de Volta.

ort que l'on prétendait que ce sont là des séries groupées auxquelles on pourrait opposer d'autres qui prouveraient le contraire. M. Charcot maintient qu'il ne connaît pas une seule exception.

Dans les pédoncules cérébraux où nous les avons laissées, les fibres pyramidales sont réunies dans la partie moyenne de l'étage inférieur. Elles pénètrent ensuite dans la protubérance annulaire où elles sont disséminées, dissociées; mais elles se reconstituent au niveau du bulbe où elles forment la pyramide antérieure presque toute entière. Dans la moelle épinière, les fibres s'entre-croisent et passent du côté opposé. Elles se trouvent alors du côté de la partie du corps qui est affectée, et leur siége précis est la partie postérieure du faisceau antéro-latéral. Les fibres du faisceau pyramidal s'épuisent au fur et à mesure qu'elles descendent dans la moelle. Comment s'y terminent-elles? en se mettant en rapport avec les cellules motrices des cornes antérieures, car c'est là que, dans les conditions vulgaires de l'hémiplégie, on suit la lésion du faisceau pyramidal.

Ainsi quand le faisceau est atteint dans son trajet intra-cérébral, il se produit une dégénération descendante qui amène une surexcitabilité dans les cellules motrices des cornes antérieures, d'où production de la contracture. Plus tard les cellules motrices sont atteintes, l'atrophie succède à la contracture. C'est de cette façon qu'on explique très-simplement le retentissement d'une lésion cérébrale sur la moelle, sur le nerf et jusque sur la fibre musculaire elle-même. Il est sans doute bon de rappeler que la contracture n'est pas spéciale à l'hémiplégie et qu'on la rencontre dans d'autres circonstances.

La conférence s'est encore terminée par de nombreuses projections relatives aux différents objets qui précèdent.

Ceux de nos lecteurs qui auraient le désir d'étudier plus à fond la *sclérose latérale amyotrophique* et les autres maladies des centres nerveux dont il a été question jusqu'à présent dans les conférences de M. Charcot, ne peuvent mieux faire que de consulter l'ouvrage du même auteur intitulé : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, faites à la Salpétrière par M. Charcot, recueillies et publiées par M. Bourneville (1). Ils sont assurés d'y trouver tous les renseignements connus sur ces affections si curieuses que la clinique et l'anatomie pathologique sont en train de débrouiller.

REVUE GÉNÉRALE

DU CHLORHYDRATE DE PILOCARPINE

En 1873, le Dr Continho attira l'attention du monde savant sur des échantillons d'une plante, apportée par lui du Brésil et désignée, en ce pays, sous le nom de *Jaborandi*. Soumis à l'examen de M. Baillon, ces échantillons furent reconnus comme appartenant à une plante de la famille des *Rutacées:* le *Pilocarpus pinnatus*. Peu de temps après, M. de Lanessan donna de cette plante une description que l'on consultera avec intérêt (*in:* Bulletin de thérapeutique).

Ce fut le professeur Gubler qui, le premier, expérimenta le Jaborandi, au point de vue de ses propriétés thérapeutiques. Il en reconnut les propriétés sialagogues et diaphorétiques et, de toute part, les expériences et les faits cliniques s'accumulèrent. L'engouement fut grand tout d'abord. Le Jaborandi, comme tous les médicaments nouveaux, fut expérimenté, avec plus d'enthousiasme que de mesure, et ne tarda pas à provoquer l'inévitable déception, compagne, pour ainsi dire obligée, de chacune de nos conquêtes thérapeutiques.

On trouva d'abord, dans beaucoup de cas, le médicament infidèle dans son action. Mais ce grief était peu fondé, car M. Baillon et M. de Lanessan montrèrent que, sous le nom de jaborandi, on exportait en Europe des plantes qui n'appartenaient pas réellement au genre *Pilocarpus pinnatus*. De nombreuses plantes de l'Amérique méridionale portent, en effet, le nom de *Jaborandi*. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs que le *Pilocarpus pinnatus* n'est nullement rare au Brésil et que les falsifications n'étaient pas intentionnelles. Il est tout aussi facile de se procurer du véritable Pilocarpus que tout autre Jaborandi.

Mais on signalait encore d'autres inconvenients et ceux-ci plus graves : la plante a un goût très-désagréable, son ingestion provoque des nausées, des vomissements, et la salivation est si abondante que la diaphorèse est achetée par le malade au prix d'inconvénients réellement considérables.

Cependant de savants chimistes se mirent à l'œuvre et bientôt M. Hardy découvrait l'alcaloïde du Jaborandi, qu'il nomma *Pilocarpine*.

La Pilocarpine se présente sous la forme d'une masse visqueuse, incolore, incristalisable; mais on en obtient des sels cristallisés avec les acides nitrique, sulfurique et chlorhydrique. — L'alcaloïde se trouve dans l'écorce et dans les feuilles. On retire à peu près 70 grammes de Pilocarpine, de 100 kilogr. de feuilles de Jaborandi.

On expérimenta alors les sels de Pilocarpine, sous la forme d'injections hypodermiques. C'est, en général, au chlorhydrate de Pilocarpine, plus rarement à l'azotate, que la plupart des expérimentateurs eurent recours.

Avant de passer à l'examen des effets obtenus par la Pilocarpine ou ses sels, il serait injuste de ne pas signaler ici les travaux de MM. Byasson, Duquesnel, Drasche, Petit et Gerrard qui, presque en même temps, parvenaient par des procédés divers, à isoler le principe, actif de la Pilocarpine.

Disons, de suite, que toutes les propriétés du Jaborandi se retrouvent plus énergiques encore dans la Pilocarpine.

Le médecin peut donc, aujourd'hui, se servir à son choix pour administrer le médicament de deux voies d'absorption; d'une part la voie digestive, et alors, c'est à la plante elle-même qu'il s'adresse; d'autre part, la voie hypodermique, avec l'emploi d'un sel de Pilocarpine.

Nous disions plus haut qu'un des inconvénients du Jaborandi, en infusion, était les vomissements qu'il amenait très-fréquemment. Avec les injections hypo-

(1) Deux vol. in-8o avec nombreuses figures intercalées dans le texte et planches hors texte. Librairie V. A. Delahaye, place de l'Ecole de Médecine. Le tome II se trouve aux bureaux du Progrès Médical, 6, rue des Ecoles.

dermiques de chlorhydrate de Pilocarpine, le premier avantage obtenu est la suppression de ces vomissements, ou du moins leur extrême rareté. C'est donc là une raison de préférer la Pilocarpine au Jaborandi. Un moment même (*in* : thèse de Dumas, Paris 1875), M. Hardy eut l'espoir de séparer un autre alcaloïde du Jaborandi, doué seulement de la propriété diaphorétique. Disons de suite que cet espoir ne s'est pas réalisé. D'autre part, M. Kercéa (thèse de Paris, 1877) et M. Constantin Paul (*in* : Bulletin société de thérapeutique) préconisèrent les injections à quelques milligrammes qui auraient, selon eux, l'avantage de supprimer la salivation, tout en excitant le diaphorèse. Les expériences de M. Kereéa ont été reprises par d'autres médecins et les résultats obtenus furent loin d'être confirmatifs. Les très-faibles doses conseillées par M. Kercéa et Constantin Paul jouissent de si peu d'efficacité au point de vue diaphorétique que le Dr John Keating emploie le Jaborandi ou la Pilocarpine à doses très-réduites pour combattre les sueurs des phthisiques (*in* : thèse de M. E. Pitois. Paris. 1879.)

La question de la dose de Pilocarpine à employer est importante. Nous voyons qu'à faible dose, si elle n'amène pas de salivation, c'est à la condition d'être inefficace au point de vue de la diaphorèse et, d'autre part, à doses élevées, elle peut amener des accidents que nous signalerons plus loin. Le Dr Dumas, dans ses expériences faites dans le service de M. le Dr Siredey, à Lariboissière, administrait la Pilocarpine aux doses de 3, 6 et 12 centigrammes. Les doses conseillées par les autres auteurs sont, en général, moindres que celles de M. Dumas. Curschmann (Sitzungsberichte der Berl., med. Gesell. 1877), Scotti (Berl., Klin. Wochensch, nº 11, 1877), Leyden (Berl., Klin. Wochensch), et la plupart des auteurs recommandent 2 centigrammes comme une dose moyenne. Pour M. Pitois (*loc. cit.)* les doses doivent être comprises entre 10, 15 milligrammes et 3 centigrammes.

Quant au choix du sel à employer, il paraît être assez indifférent. Cependant M. Pitois dit que le nitrate est le plus actif des sels de pilocapine; pour M. Gillet de Grandmont (*France Médicale*, 1878) le nitrate est moins irritant pour le tissu cellulaire souscutané et, à dose égale, il serait mieux supporté que le chlorhydrate. La plupart des expériences d'ailleurs ont été faites avec le chlorhydrate de pilocarpine et on admet généralement une presque absolue similitude d'action à doses égales.

Il est nécessaire de savoir à quelle dose la pilocarpine est toxique. M. Pitois a essayé sur lui-même l'effet de doses un peu élevées. Il n'a pas pu aller au delà de 5 centigrammes en injection sous-cutanée. Sous l'influence de cette dose, il s'est trouvé dans un état de malaise extrême : sensation de distension cérébrale, état nauséeux et vomissements, faiblesse considérable, respiration parfois suspirieuse et entrecoupée, pouls très-rapide et presquo imperceptible (après augmentation initiale de force), vue obscurcie, frissonnements, hébétude, puis sommeil lourd, paresse physique et intellectuelle pendant deux jours.

Le même expérimentateur avait déjà observé des effets analogues, quoique moins marqués, sous l'influence de doses de 35 milligrammes, et l'un de ses amis, qui s'était prêté à des expériences du même genre, n'avait pu supporter plus de 45 milligrammes; ajoutons aux phénomènes déjà énumérés et éprouvés par les expérimentateurs, des coliques fort douloureuses, des épreintes rectales parfois intolérables et de la diarrhée.

Ces expériences ont une valeur que nous ne songeons pas à infirmer; cependant, comme la question a un certain intérêt, nous rappellerons que Rosenkrantz (*Deutsche, med. Wochensch.*, 1867, nº 1) a pu injecter à une malade atteinte d'insuffisance mitrale de vieille date et de néphrite parenchymateuse des doses de 6 centigrammes de chlorhydrate de Pilocarpine quotidienne sans noter d'effets fâcheux. D'autres médecins allemands ont dépassé la dose de 2 centigrammes sans observer, non plus, d'accidents, mais un accord à peu près unanime s'est fait pour conseiller une dose moyenne de 2 centigrammes qui est suffisante pour produire les effets thérapeutiques du médicament et qu'il serait dès lors au moins inutile de dépasser. On ne connaît pas jusqu'ici de fait d'empoisonnement mortel par les sels de Pilocarpine. Il faudrait, sans doute, dit M. Vulpian, des doses considérables pour mettre la vie en danger.

Nous allons résumer, aussi brièvement que possible, les effets physiologiques des sels de Pilocarpine qui sont ceux du Jaborandi avec cette seule différence, cependant, qu'ils sont infiniment plus prompts à se montrer. Ainsi la salivation et la sudation se manifestent, en général, au bout de deux à trois minutes après l'injection; ces phénomènes atteignent plus vite leur summum d'intensité et ils durent un peu moins longtemps. On sait qu'avec le Jaborandi ils commencent en moyenne vingt à vingt-cinq minutes après l'ingestion. M. Robin les a vus tarder trois fois une heure entière.

Comme l'infusion de Jaborandi, l'injection souscutanée de chlorhydrate de Pilocarpine amène, d'abord, la salivation, qui ira croissant d'intensité et ne cessera que la dernière. Puis la peau se couvre d'une moiteur qui augmente rapidement; la sueur perle en gouttelettes de plus en plus nombreuses, qui ruissellent bientôt, surtout au front, aux ailes du nez et à la poitrine. « De la bouche s'écoule un flux à peu près continu d'une salive visqueuse et filante, sécrétée sans aucun sentiment de douleur ni de tension. La seule impression désagréable tient à l'ennui et aussi à la fatigue musculaire d'une sputation incessante. Couché sur le côté, pour faciliter le rejet de sa salive, c'est à peine si le malade peut parler. » (Pitois).

Presque toutes les muqueuses participent à cette hypercrnie; telles les muqueuses lacrymales, nasales, de l'arrière-gorge, du larynx, de la trachée et des bronches.

Avec la dose indiquée plus haut, tous ces phéno-

mènes sont en pleine activité au bout de dix à 15 minutes. M. Pitois a noté, à ce moment, des épreintes vésicales et même rectales et un besoin de miction impossible à réprimer.

Bardenhewer (*Berl. Klin. Wochensch. N° 1. 1877.*) a observé de la dysurie avec douleur violente mais passagère, dans le gland. Il va même jusqu'à se demander s'il n'y avait pas, dans ce cas, élimination par les reins d'une substance irritant la vessie pour en diminuer la contraction.

D'après A. Robin la sécrétion urinaire diminuerait d'un quart de litre, le jour de l'administration pour augmenter notablement le lendemain. La réaction de l'urine est acide.

Ajoutons encore que, dans deux observations relatives à des vieillards de soixante et soixante-six ans, nous trouvons noté des érections constantes. (Thèse de Duclos. Lyon, 1879).

La sécrétion mammaire est quelquefois activée par le Jaborandi. Ringer et Gould ont pu, par ce moyen, activer la sécrétion lactée chez deux nourrices.

Le malade accuse parfois quelques nausées qui sont la règle avec le jaborandi, mais l'exception avec la Pilocarpine. D'après M. Robin les nausées aboutissent à des vomissements dans les 2/5e des cas après l'ingestion du Jaborandi.

La durée moyenne de ces différentes symptômes avec cette intensité est d'environ dix à 15 minutes. La température s'élève d'abord, puis s'abaisse ensuite ; un mouvement analogue s'observe dans le pouls — Peu à peu les phénomènes diminuent et c'est alors que l'on observe un resserrement de la pupille.

Enfin il se produit parfois un petit frisson, quelquefois un peu de tremblement qui marque la fin de la transpiration. La soif est alors fort vive et, parfois aussi, l'appétit.

La quantité de salive et de sueur, secrétée sous l'influence de la Pilocarpine est, à peu près, égale à celle que l'on obtient par l'ingestion du Jaborandi, Weber (*Centrablatt für med. Wissensch*, n° 44, 1876) a noté une perte de poids de 2 kilogrammes après une diaphorèse de deux à trois heures. Une autre fois elle atteint 4 kilogrammes.

Dans un cas, après une injection de 5 centigrammes de Pilocarpine, Curschmann a pu recueillir 200 centimètres cubes de salive; chez 10 autres personnes, sous l'influence d'une dose de 2 centigrammes la quantité de salive rendue fut de 100 à 275 centimètres cubes et avec une dose de 3 centigrammes elle atteint 600 centimètres cubes. Les quelques modifications que peut offrir la salive tiennent à l'activité excessive du travail sécrétoire qui s'accomplit alors dans les glandes et l'on peut dire que ces modifications, assez légères probablement, sont encore très-insuffisamment connues. (Vulpian.)

Quelques auteurs attribuent, en grande partie, les vomissements à ce fait que les malades, au lieu de rejeter la salive qui inonde leur bouche, l'avalaient le plus souvent. C'est sans doute aussi à cette cause que pourrait être attribuée la diarrhée qui se montre parfois quand le Jaborandi ou la Pilocarpine ont été administrés à doses modérées.

La Pilocarpine diminue la tension artérielle ; au début les battements du cœur s'accélèrent, puis se ralentissent à la fin de la période d'hypercrinie et reviennent ainsi à l'état normal.

Ces faits constatés d'abord par M. A. Robin ont été reconnus par presque tous les auteurs.

Nous avons dit que la température s'élevait au début de l'action de la pilocarpine pour atteindre son maximum, comme les battements du cœur, au milieu de la période d'hypercrinie, pour reprendre peu à peu son equilibre normal. Ce fait a été reconnu par la plupart des expérimentateurs; mais il a été nié par Bardenhewer, Sidney-Ringer et Dumas qui admettent, au contraire, que la température s'abaisse dès le début. Tous les expérimentateurs sont d'accord d'ailleurs pour ce qui concerne l'abaissement thermique constaté vers la fin de la période de l'action excito-secrétoire de la Pilocarpine.

(*à suivre.*) Dr P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Des médecins cantonaux.

Meyzieux, 16 décembre 1879.

Monsieur le secrétaire,

Dans le dernier numéro du *Concours Médical* se trouve dans votre réponse au docteur D. de C. (Aude), cette phrase : « nous serions très-aises d'avoir des données précises sur la situation des médecins cantonaux des diverses régions de la France. »

Puisque vous le désirez, je vais vous donner quelques détails sur l'organisation de la médecine cantonale dans l'Isère, et spécialement dans le canton que j'habite.

Les cantons sont composés, en général, de quinze à vingt communes, qui présentent une population de quinze à dix-huit mille habitants soignés par trois, quatre ou cinq médecins dans les localités les plus importantes. Eh bien ! au lieu de faire de ces localités des centres de rayonnement pour les indigents et avoir divisé ces indigents entre les différents praticiens des cantons, on les a, en général, réunis en un seul lot que la faveur préfectorale a donné, non pas à celui qui s'occupait le mieux de ses fonctions, mais sans doute à celui qui voulait devenir un agent de propagande politique.

Le favoritisme, en cette matière, est allé jusqu'au point de nommer des hommes qui n'ont pas le droit d'exercer la médecine. Ainsi, dans le pays que j'habite nous sommes deux docteurs; il y a un certain monsieur qui exerce la médecine envers et contre tous, sans avoir de diplôme régulier; croyez-vous que l'administration nous a choisi l'un ou l'autre, ou a divisé le canton en sections ! Pas le moins du monde. L'administration a tout simplement choisi celui des trois qui exerce illégalement. Pour mon compte, avant l'organisation actuelle de la médecine cantonale, j'ai fait pendant quatre ans les vaccinations dans cinq communes du canton, et j'ai soigné gratuitement les indigents pendant le même temps, et l'on n'a pas cru devoir me prévenir que l'on avait nommé un médecin cantonal :

de sorte que, pendant plusieurs mois encore, j'ai fait les vaccinations et donné des soins gratuits, pendant que mon voisin, muni de la faveur préfectorale à défaut de titres réguliers, touchera l'allocation votée par les communes et le département.

Ne serait-il pas temps de mettre un peu d'ordre dans cette organisation de la médecine cantonale ?

Dr Courjon.

NOTES CLINIQUES

DEGRÉS DE GRAVITÉ DU DÉLIRIUM TREMENS

Le delirium tremens se montre dans un si grand nombre de circonstances et avec une gravité si différente, qu'il est très-important de pouvoir apprécier cette gravité. Il peut en effet rester apyrétique, et guérit alors toujours ; il peut être accompagné de fièvre, et est alors le plus souvent mortel ; il peut enfin survenir à titre de complication dans une maladie.

Le délire simple, qui est très-fréquent, peut exister avec toutes les apparences d'un délire grave : injection des yeux, langue sèche, sueur, apparences d'un état fébrile intense. On pourrait donc se tromper gravement si l'on n'avait des signes précis pour établir son diagnostic. Le premier de ces signes est l'élévation de la température ; celle-ci doit être prise, autant que possible, dans le rectum. Si elle s'élève à 39o ou 40o, c'est qu'il s'agit presque sûrement d'un cas grave. Mais ce signe observé seul pourrait induire en erreur. Il y a un second signe qui vient confirmer le premier, c'est un tremblement particulier. Tous les malades, en effet, présentent un tremblement en masse qui n'a pas de caractère spécial de gravité. Ce qu'il y a d'important surtout, c'est la trémulation qui occupe tous les muscles du corps, qui s'empare aussi bien des muscles profonds que des muscles superficiels ; la palpation permet de reconnaître facilement ce tremblement profond, cette vibration générale de toute l'économie. On trouve enfin, comme troisième signe impliquant la gravité du délire, un affaiblissement musculaire plus ou moins prononcé ; mais ce signe, ne se produisant, en tous cas, qu'après les autres, présente une importance beaucoup moindre au point de vue du diagnostic.

M. Magnan a insisté sur quelques indications du traitement que l'on doit toujours remplir en satisfaisant à certaines conditions, quel que soit le moyen que l'en emploie pour cela.

Tout d'abord, pour remédier à cette agitation extrême, et pour mettre les malades à l'abri des accidents, on est forcé de recourir à une contention plus ou moins exacte. La camisole de force, que l'on emploie le plus souvent, présente des inconvénients.

Avec cet appareil, l'application des bras sur la partie inférieure du thorax amène aussi l'immobilité de sa partie supérieure. Au bout d'un temps assez court, on voit alors survenir la congestion de la face, puis une demi-asphyxie qui détermine souvent la mort. Quelquefois même on observe la fracture du larynx. M. Magnan se sert, pour ses malades, d'une sorte de maillot.

Une autre indication à remplir consiste surtout dans l'élimination du poison. Pendant longtemps, en effet, on a cru que l'alcool se transformait rapidement dans l'économie, ce qui rendait cette élimination beaucoup plus difficile, tandis que les recherches de MM. Lallemand et Perrin ont montré, au contraire, qu'il restait en nature dans l'organisme et s'éliminait de même. Les expériences que M. Magnan a faites lui ont démontré, dans un cas, qu'il y avait encore, trois jours après l'absorption, dans le cerveau et dans le foie, une quantité d'alcool sufffisante pour brûler dans un appareil.

Il faut donc en provoquer l'élimination par tous les moyens possibles, et avec autant d'activité que cela peut se faire ; les boissons abondantes et diaphorétiques sont pour oela le meilleur moyen.

Enfin, comme c'est la période de dépression, succédant à la période d'excitation, qui est la plus dangereuse pour le malade, on ne doit pas négliger, même pendant cette dernière, l'emploi des toniques et des aliments les plus nutritifs. *(Jour. de méd. pratique).*

VARIÉTÉS

LA NEIGE ET LE MÉDECIN DE CAMPAGNE.

Une tourmente de neige, telle qu'on n'en avait pas vu en France depuis la fatale guerre, s'est déchaînée sur notre pays. La campagne est ensevelie sous un épais linceul.

Les communications entre les pays distants seulement de quelques kilomètres, ont été interrompues pendant deux ou trois jours.

Fort heureusement que la neige a cessé de tomber, autrement nous aurions été bloqués dans nos habitations. Les routes nationales sont déblayées ; la circulation reprend insensiblement son cours. Mais il est encore bien difficile de circuler en voiture, même à pied, sur les routes de moyenne communication. Les chevaux tirent à plein collier, font des faux pas et des chutes plus ou moins malheureuses. C'est dans ces moments que la profession médicale est pénible, et je dirai même parfois dangereuse. Dans le jour passe encore, mais la nuit ! à minuit ou à deux heures du matin, la sonnette qui résonne, par ce silence de mort, a quelque chose du glas funèbre. Un frisson vous horripile la peau des pieds à la tête. Cependant il faut marcher. Il n'est guère possible de se hasarder en voiture ; il ne serait point possible, en certains endroits, de distinguer même la place où les roues doivent s'engager. Allons ! une lanterne d'une main, un bâton de l'autre, nous nous engageons dans la plaine blanche, véritable steppe qui nous rappelle les pays sibériens.

Un silence glacial règne partout ; il n'est interrompu que par le bruit strident de la neige qui grince sous nos pas, et les rafales qui, par moments, secouent les arbres et soulèvent des poussières de neige qui viennent nous aveugler. Nous partons avec la perspective de revenir bientôt retrouver notre chaude couchette. Mais les choses sont loin d'aller au gré de nos désirs. Nous savons à quelle heure nous partons, mais nous ne pouvons pas savoir à quelle heure nous reviendrons, car il ne nous manque pas de malheureux à secourir. La neige a interrompu les travaux de plusieurs, et le chômage est désastreux pour le plus grand nombre.

Et pourtant, bien que cette période de frimas soit bien funeste à l'homme, elle pourrait fournir au poëte et au peintre une riche moisson. Le panorama qui se déroule devant nous serait bien capable d'inspirer leurs pinceaux. C'est la neige qui, de son manteau d'hermine, couvre au loin la terre ; qui revêt les arbres d'une parure nouvelle dont la blancheur éblouissante et la disposition merveilleuse semblent vouloir rivaliser de fraîcheur avec les fleurs du printemps ou les plus fines dentelles ; qui donne aux paysages un aspect nouveau et digne de notre admiration. C'est la neige qui, se changeant en eau sous l'influence d'un rayon de soleil, forme ensuite, par une congélation rapide, des milliers de cristaux aux formes les plus variées, dont les uns se trouvent suspendus à la

cime des arbres ou à l'extrémité de leurs rameaux, ou bien aux toits de nos habitations, tandis que les autres, parsemés à la surface de l'immense plaine blanche, étincellent comme des diamants aux rayons du soleil.

Pour nous, qui regardons les choses d'un œil moins poétique, nous ne nous arrêtons guère devant ces froides, trop froides, beaucoup trop froides beautés de la nature, derrière lesquelles se cachent tant de misères, tant d'infortunes. C'est, en effet, l'époque où la faucheuse impitoyable fait le plus de victimes. C'est l'époque où la pauvreté se montre dans sa plus complète nudité. C'est l'époque où la lutte pour l'existence inégale et terrible pour les malheureux, réclame incessamment notre secours, et ne saurait laisser personne indifférent. C'est l'époque où la maladie frappe à coups redoublés à la porte de la pauvre chaumière. C'est l'époque où la misère étend de tous côtés ses bras décharnés, sollicitant notre aumône.

Chaque jour il nous est donné, à nous autres, d'être en présence de tristes tableaux, et l'hiver, avec son cortège glacial, ne fait naître en nos cœurs que la pitié et la charité.

Cependant c'est aussi la saison des fêtes, des réjouissances, des bals, des soirées. Ah ! si ceux qui répandent l'or à pleine mains pour satisfaire d'éphémères jouissances, venaient à pénétrer sous le toit hospitalier, dans la chaumière perdue sous la neige et s'ils voyaient la misère froide et cruelle étreignant le malheureux sur sa couchette glacée comme un linceul : de pauvres vieillards couchés sur la paille, recouverts d'une mauvaise couverture, sans feu, sans aliments, pendant que la neige s'amoncelle autour de la cheminée et que la bise âpre et froide vient de son haleine pernicieuse les mordre sur leur lit de douleur ! De pauvres enfants, la figure cramoisie, les mains gelées, recouverts de haillons à travers lesquels on voit leur chair rougie par le froid, parcourant la campagne à travers la neige, en quête d'un morceau de pain ! le nourrisson roide sur le sein desséché de sa mère ! De pauvres voyageurs égarés de leur route et mourant d'inanition et de froid sur la neige durcie ! Que ceux-là, dis-je, qui ont de tout en superflu, se sentiraient touchés de compassion pour tant d'infortunes, et comme leurs cœurs s'ouvriraient à la charité ! Heureusement, cette vertu n'est pas morte en France et le malheur, de quelque côté qu'il vienne, a toujours trouvé un écho sympathique chez nous.

On s'occupe activement de venir en aide aux pauvres — non, j'aime mieux dire aux déshérités de la fortune — et cet hiver, qui s'annonce sous d'aussi tristes auspices, adoucira ses rigueurs à la prière de la charité.

Dr Mora.
A Brunehamel (Aisne).

LES OBSÈQUES DE GEORGES HERBELIN

Le service funèbre de Georges Herbelin a été célébré hier, à deux heures, faubourg Saint-Antoine, à l'hôpital Sainte-Eugénie où il venait de terminer sa deuxième année d'internat et où il est mort, atteint de diphtérie, dans les circonstances que nous avons rapportées. La cérémonie, entourée d'une grande solennité, empruntait à la disposition même du local, qui ne se prête à aucun déploiement de luxe, un caractère de simplicité imposante.

Lorsque nous arrivons, à deux heures moins quelques minutes, l'affluence est déjà considérable ; la population du quartier se presse à la grille, maintenue par une brigade de gardiens de la paix. Dans la cour d'entrée, stationnent des groupes d'invités qui n'ont pu trouver place dans la chapelle.

L'intérieur regorge de monde. Le corps est exposé dans le chœur, sur un catafalque élevé, dont les degrés disparaissent sous les fleurs. Une immense couronne de roses et violettes porte cette inscription : « Les internes des hôpitaux de Paris, à Georges Herbelin. » Une autre est offerte par les internes de l'hôpital Sainte-Eugénie. La croix d'honneur est attachée sur le cercueil.

Un des bas-côtés est réservé au service de l'hôpital, imfirmiers, infirmières et sœurs de charité. Le reste est réservé aux amis du défunt; un douloureux recueillement règne dans l'assistance composée en majeure partie d'internes des hôpitaux, de médecins et d'étudiants en médecine. On peut dire sans exagération que toute la faculté de médecine est là. MM. Vulpian, doyen de l'Ecole, MM. les professeurs Gavarret, Terrier, Nicaise, Liouville, Galard, Bergeron; M. Lannelongue, chef du service où est mort Herbelin, M. Dumontpallier, qui allait, au 1er janvier, devenir son chef de service à la Pitié.

La famille est représentée par le docteur Herbelin, oncle du défunt.

Les honneurs militaires sont rendus par un piquet du 130e régiment d'infanterie, sous les ordres d'un sous-lieutenant.

Le cortège officiel arrive à 2 h. 1/4. M. Lepère, ministre de l'intérieur, entre accompagné de MM. Hérold, préfet de la Seine, Andrieux, préfet de police, Plessier, député de Seine-et-Marne, de Hérédia, président du conseil municipal de Paris, et d'une députation du conseil; près d'eux se placent MM. Caubet, chef de la police municipale, le secrétaire général de l'Assistance publique, remplaçant le directeur malade, et le directeur de l'hôpital.

Aussitôt que le service a été terminé, le corps a été transporté dans la cour d'entrée, sous le porche de la chapelle, où les discours d'adieux ont été prononcés.

Un jeune interne de l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Comby, avec une émotion facile à concevoir, a d'abord apporté au défunt l'hommage suprême de ses camarades, qui ont pu apprécier, dans le commerce de chaque jour, ses qualités privées autant que ses aptitudes professionnelles.

Herbelin avait l'habitude du dévouement. Pendant la guerre de 1870, échappant à toute conscription par son âge, il s'était engagé dans un régiment de marche, et avait tenu à faire son devoir comme volontaire.

M. le docteur Lannelongue, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, s'approchant du cercueil après M. Comby, s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

« Comment ne pas être profondément ému en présence de ce nouveau deuil ? L'année qui vient de finir a cruellement éprouvé les élèves de nos services. Les deux hôpitaux d'enfants ont perdu à eux seuls cinq élèves, et, parmi eux, j'ai la douleur de compter trois des miens. L'un d'eux, Furiani, a succombé à une atteinte de rhumatisme cardiaque; mais les deux autres sont bien les victimes de la contagion. Hier, c'était Carette, aujourd'hui c'est Herbelin, tous les deux d'autant plus nôtres qu'ils étaient fils de médecins, membres nés de la famille médicale.

« Herbelin était le fils unique de la meilleure des mères, veuve d'un honorable médecin de province. Son attachement à son fils l'avait amenée à Paris. Pauvre veuve ! Pauvre mère !...

« Qui m'eût dit, il y a un an, que j'aurais à supporter de pareilles épreuves? Qui m'eut dit, il y a quelques jours à peine, quand nous étions réunis, comme en famille, pour nous rappeler les moments d'une année de travail passée dans la plus affectueuse entente, qui nous eût dit qu'Herbelin nous ferait le

lendemain, sans avoir vu la nouvelle aurore, les adieux d'une éternelle séparation?

« Le 30 décembre au matin, Herbelin était, suivant son habitude, le premier dans les salles, préparant la visite des malades. Il ne se plaignait pas; mais je vois encore l'altération de ses traits; il se tenait à peine; je voulus le renvoyer dans sa chambre : il me refusa. Quelques instants après, trahi par ses forces, il dut subir l'éloignement que je lui imposais.

« Il était entré dans le service depuis quelques jours une enfant de douze ans ayant de vastes plaies recouvertes de ce mal implacable, la diphtérie; Herbelin la pansait plusieurs fois par jour; ce fut près d'elle et près d'une autre enfant dans le même cas qu'il prit le germe contagieux. Le même jour vit mourir ces deux malades et celui qui ne s'était pas épargné pour les soigner.

« Herbelin a trouvé la mort en luttant contre elle. C'est notre devoir, à nous, de savoir mourir de la sorte. Herbelin n'y a pas failli. Il a fait son devoir avec un grand zèle; mais il n'a pas fait plus que ce que vous faites chaque jour, messieurs les internes des hôpitaux, et à d'autres titres, messieurs les élèves des hôpitaux.

« Connaissant le péril, vous l'affrontez à toute heure avec ce courage simple, ignoré, qui est le vrai courage. C'est votre dévouement qui a touché M. le président de la République : c'est ce dévouement qu'il a voulu récompenser en accordant à votre cher et regretté camarade une distinction qui, vous le savez, a été la dernière joie de sa vie.

« Cet honneur rendu à la victime est un honneur pour chacun de vous; il honore plus encore celui qui vous l'a accordé avec une si généreuse sympathie.

« Je suis sûr d'être l'interprète de vos pensées en remerciant ici M. le président de la République et M. le ministre de l'intérieur.

« Mais le dernier mot près de cette tombe doit être à la fois un mot d'adieu et de devoir :

« Herbelin, tu emportes tous nos regrets, mais tu nous laisses un digne exemple à suivre, celui du dévouement poussé jusqu'aux dernières limites du sacrifice. »

M. Vulpian a pris la parole ensuite au nom de la Faculté de médecine, M. de Hérédia au nom du conseil municipal de Paris.

M. Hérold, préfet de la Seine, a prononcé une courte allocution voulant apporter le témoignage de son admiration sur cette tombe si prématurément fermée :

« De toutes les formes de la grandeur humaine, a dit en substance M. Hérold, de tous les courages, il n'y en a point de plus noble, de plus grand que le courage scientifique.

« Au nom du département de la Seine, de l'Assistance publique, du conseil municipal et des autres grandes administrations que je représente, je dis adieu à Georges Herbelin; devant lui je m'incline, et, comme vous tous, j'admire cette glorieuse victime. »

Enfin, M. Lepère s'est fait l'interprète du gouvernement, qui a entendu honorer en la personne de Herbelin le corps médical de Paris, le corps médical tout entier :

« Messieurs, a dit le ministre de l'intérieur, je ne veux rien ajouter à ce que vous venez d'entendre, rien, sinon que le gouvernement de la République a tenu à rendre un solennel hommage à ce jeune héros.

« M. le président de la République a su quel avait été le dévouement de ce jeune homme, et, quand on croyait qu'il était encore possible de le sauver, il a pris l'initiative de cette décoration, que le malheureux Herbelin ne peut porter que sur son cercueil. J'ai été heureux de pouvoir m'associer à cet acte de justice, et je suis venu ici pour saluer la dépouille mortelle de ce jeune martyr de la science et du devoir. Je salue en même temps ses camarades, qui luttent encore contre le mal, et ses maîtres, ces éminents professeurs dont la réputation est européenne, et qui savent si vaillamment mettre en pratique le grand principe de la solidarité humaine. »

A l'issue de la cérémonie, un fourgon des pompes funèbres est venu prendre le corps pour le conduire à la gare de Lyon, d'où il sera transporté à Choisy-en-Brie, près de Coulommiers, dans une sépulture de famille.

BIBLIOGRAPHIE

HYGIÈNE SCOLAIRE, INFLUENCE DE L'ÉCOLE SUR LA SANTÉ DES ENFANTS, par A. RIANT (1).

Ce n'est point aux médecins qu'il faut rappeler le rôle considérable que l'hygiène joue dans le traitement de la plupart des maladies et le rôle plus considérable encore qu'elle devrait jouer pour empêcher la genèse de ces affections qui déciment prématurément tant de sujets auxquels leur constitution permettrait de fournir une plus longue carrière. Mais s'il est un endroit où ses règles doivent être observées, c'est certainement dans l'école, c'est-à-dire dans le lieu où se forment les jeunes générations, espoir de la prospérité future de la patrie. Aujourd'hui que ces questions sont mieux comprises surtout dans les grandes villes, aujourd'hui que les médecins sont souvent appelés à donner leur avis sur tout ce qui concerne la partie matérielle des établissements scolaires, nous croyons utile de leur signaler cet ouvrage où ils trouveront traités, avec une connaissance spéciale de ce sujet, tous les problèmes si complexes qu'il s'agit de résoudre pour introduire une bonne hygiène dans la maison d'école.

L'ouvrage comprend trois chapitres. Le premier est consacré au bâtiment et matériel scolaire; le second traite de l'élève, et le troisième, de la surveillance hygiénique et médicale des écoles. Il se termine par un volumineux appendice où sont discutées toutes les questions soulevées dans ces dernières années à propos du meilleur régime à adopter dans tout ce qui concerne l'école (mobilier scolaire, livres, inspections médicales, etc.). L'auteur, que ses fonctions administratives rendent très-compétent sur toutes ces matières, n'a pas voulu s'adresser uniquement aux médecins, mais à tous ceux qui par goût ou par devoir s'intéressent à l'amélioration des écoles, œuvre que nous regardons comme l'une des plus capitales du moment.

Les 80 figures du texte sont destinées à nous familiariser avec les différents modèles du mobilier scolaire proposés ou adoptés en France et à l'étranger. Plusieurs nous représentent également le plan des classes suivant que l'on adopte l'éclairage unilatéral ou bilatéral, etc. Trois éditions épuisées en peu de temps sont la meilleure preuve que l'auteur a complètement atteint son but.

Dr A. B.

(1) Un vol. in-12 d'environ 400 pages et accompagné de 80 figures intercalées dans le texte. Quatrième édition, considérablement augmentée. Librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Sa Germain.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. DÉCEMBRE, 326, rue de Vaugirard.

AVIS

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous aire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance; ils nous éviteront un travail assez long.

CORRESPONDANCE

— Dr A., à B. (Gard), 18 décembre 1879.

Votre adhésion a été trop tardive pour que vous ayez pu être inscrit fondateur. Vous êtes des participants. — Nous ne donnerons à ceux-ci des nos que plus tard.

Nous publierons dans ce no ou le prochain, les conditions requises pour être nommé médecin de colonisation.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1880 doivent être adressés à l'Académie avant le 1er juillet. Voir le no 4 du *Concours Médical.*

Vous ajoutez : « *Que de fois j'ai déploré l'aveuglement des membres du corps médical qui se livrent à une concurrence étroite et mesquine et paralysent, par leurs divisions, la force immense dont ils pourraient disposer. Quel est le corps qui réunit, actuellement, des conditions de prospérité égales aux nôtres? Le nombre, l'instruction, l'honorabilité, l'estime de nos concitoyens, nous avons tout pour nous; et pourtant tous ces éléments favorables, sont, jusqu'à présent, restés stériles, et on peut dire que le médecin souffre dans la société actuelle. Pourquoi cela? N'est-ce pas que chacun de nous, préoccupé de ses intérêts personnels, perd de vue les intérêts collectifs et méconnait la puissance de l'Association. Vous avez compris, Monsieur le Directeur, la nécessité de cette union et avez trouvé le moyen de la réaliser facilement. Je vous en félicite de tout mon cœur; ce que vous avez accompli vous assure des droits formels à notre confiance, etc...* »

Nous sommes heureux de ces constatations.

— Dr P., à St-X. (Charente-Inférieure), 20 décembre.

« *Dans quelques jours je vous adresserai la note de ce que je désire assurer au Phénix. Il y a pour les adhérents un réel avantage à faire cette preuve de concours.* » Votre observation papeterie a été transmise. — Envoyé les 16 nos.

— Dr H., à T. (Ardennes), 22 décembre.

« *Je vous félicite en même temps de la tâche que vous avez entreprise et de l'énergie que vous mettez à la mener à bonne fin. Vous nous rendez de précieux services; je dois vous dire que je suis très-content des avantages procurés au point de vue assurance-incendie. En recevant ma police du Phénix, je ne comptais pas avoir une pareille réduction. Encore une fois merci pour moi et pour les confrères.* »

— Dr F., à C. (Meurthe-et-Moselle), 22 décembre.

Reçu votre mandat, — il est bien suffisant. Nous comptons sur l'adhésion promise et sommes en toutes choses à votre disposition.

— Dr D., à Ch., 24 décembre.

La suppression de l'annonce est faite. Puisque vous avez envoyé votre adhésion, votre qualité de participant fait que vous n'avez rien à payer pour ce service rendu. Nous sommes heureux d'avoir pu vous obliger. Nous vous prions de répondre négativement aux adresses que nous vous avons communiquées.

— Dr A., à M. S. T. (Ille-et-Vilaine).

A votre recommandation, le Dr L. est inscrit participant.

— Dr R., à T. (Lot-et-Garonne).

« *Pourquoi la Maison Galante annonce-t-elle dans le Concours Médical les appareils dont vous donnez les clichés, à des prix qui sont identiques à ceux du catalogue. Elle ne fait donc aucune réduction à vos adhérents?* »

Il y a là une confusion que nous ne pouvions supposer. — C'est sur ces prix, que la Maison Galante indique à ses correspondants le taux de la réduction qui est assurée à chaque membre du *Concours Médical.* Elle est variable selon les produits. Elle n'est faite qu'aux adhérents et dès lors il est facile de comprendre pourquoi elle n'est pas énoncée, lors des annonces de chaque instrument ou appareil.

Les autres objections que vous opposent vos confrères ne sont pas plus fondées. — Les frais sont faits et seront faits par les traités de publicité. Si la direction se trompait, elle seule en supporterait les conséquences pécuniaires. Elle est assurée qu'il n'en est rien! et vous remercie de vos observations. C'est par elles seulement que nous pouvons être renseignés sur les interprétations défectueuses.

— No 287 (Nord). 28 décembre.

« *Je vous envoie deux nouvelles adhésions et je ne veux pas qu'il y ait un seul dissident dans l'arrondissement, etc...* »

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous a été fournie de nous entretenir longuement avec vous et vous a valu votre si active sympathie qui est pour nous d'un si grand prix. Merci et compliments.

— Dr D. (Maine-et-Loire). — 347.

Voici la réponse du Phénix : « *Nous avons le regret de ne pouvoir accepter la proposition du Dr D., tant que son assurance à notre compagnie faite par l'agent de province, sera en cours. A l'expiration, il rentrera, comme ses confrères, dans la loi commune, mais en faisant renouveler son contrat par le bureau de Paris qui, seul, peut faire profiter de la différence de prime les adhérents du Concours Médical.* »

Les nos réclamés ont été adressés.

— Dr R., à St.-N. (Tarn-et-Garonne), 28 décembre.

« *Je tiens à vous féliciter de la marche hardie du Concours Médical, œuvre de confraternité. Puissiez-vous stimuler, dans le cœur de chacun de vos confrères, les sentiments de solidarité. Je saisirai toutes les fois que je le pourrai, l'occasion de vous prouver combien j'applaudis à vos efforts. Je vous prie de transmettre ma police d'assurance à la compagnie le Phénix et de demander à la maison Chardin et Prayer...* »

Les deux communications ont été faites.

— Dr M., à H. (Seine-Inférieure), 31 décembre.

Vous êtes membre participant.

— Dr H., à St.-G. (Seine-et-Oise).

Oui, votre numéro d'inscription est le 500. — Votre note assurance est transmise au Phénix, qui vous répondra.

— Dr P., à N., à B. (Loiret), 31 décembre.

Envoyé les 19 nos réclamés. Vous êtes membre participant.

— Dr F., à T. P. V. 31 décembre.

Reçu le mandat 20 fr., inscrit aux abonnés.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 3 17 janvier 1880.

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

La séance de l'Académie a été occupée par une revendication de M. Jules Guérin, à propos de la communication de M. Broca sur les températures morbides locales.

M. Briquet, chargé de faire un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Civrieux et relatifs à l'*hystéro-épilepsie*, s'est livré à une série de considérations très-intéressantes. L'hystérie est un sujet que M. Briquet a particulièrement étudié.

Si M. Charcot, dont M. Briquet a attaqué les idées, répond, nous aurons à revenir sur ce rapport.

Signalons parmi la correspondance, l'autorisation gouvernementale d'accepter la donation faite par M. et madame Saint-Paul d'une somme destinée à recompenser l'auteur d'un traitement efficace et souverain du croup.

REVUE GÉNÉRALE

DU CHLORHYDRATE DE PILOCARPINE

(Suite.)

Nous avons dit que les pupilles des malades soumis à l'action de la Pilocarpine étaient le plus souvent rétrécies et que ce résultat était surtout sensible à la fin de la sudation. Plus rarement on n'observe aucun changement et enfin, plus rarement encore, on a noté au début une dilatation de l'orifice iridien, bientôt suivie de dilatation.

Si on instille quelques gouttes d'une solution de Pilocarpine directement dans l'œil, ou une solution de Jaborandi dans la glycérine, on observe aussitôt une contraction très-marquée de la pupille. Ainsi dans une de ses expériences, Sidney-Ringer introduisit dans chaque œil une goutte d'une solution contenant 5 milligrammes pour 30 d'eau. Au bout de vingt minutes les pupilles étaient contractées et réduites à la dimension d'une tête d'épingle ordinaire : la vue était devenue beaucoup plus perçante et le malade pouvait lire, à une distance de trois mètres, des caractères qu'il distinguait à peine auparavant à une distance moitié moindre. Weber a observé que, lorsqu'on instille dans l'œil une solution à 2 0/0, les effets produits sont les suivants : début du rétrécissement, dix minutes après l'instillation; contraction maxima, trois heures plus tard; durée du rétrécissement, environ vingt-quatre heures.

En même temps que le rétrécissement de la pupille, Twedy et Martindale ont observé que le punctum remotum se trouve notablement rapproché du punctum proximum. Ce phénomène serait dû, selon Twedy, à une tention plus grande des muscles et aurait pour cause un affaiblissement de la puissance d'accommodation des yeux aux diverses distances.

Enfin M. Pitois a noté dans deux cas une amblyopie passagère, d'ailleurs sans gravité aucune.

Le Dr Béranger *(Thèse de Paris,* 1878) croit que la Pilocarpine peut produire une diminution de la tension du globe oculaire, ce qui expliquerait la dilatation pupillaire observée parfois au lieu du myosis. « Pour notre part, dit M. Pitois, en ce point spécial, nous croyons, l'ayant quelquefois observé, qu'il peut y avoir mydriase aussi nette que possible et en même temps tension, même douloureuse du globe oculaire. » Quoi qu'il en soit de cette explication, la déplétion, soit vasculaire, soit aqueuse, du globe oculaire semble être réelle : d'après les recherches de M. Métaxas, de Marseille, le travail de résorption interstitielle exalté par la Pilocarpine paraît s'exercer également sur les éléments figurés du sang.

Nous reviendrons sur ces phénomènes, en traitant des applications thérapeutiques de la Pilocarpine.

Comme le Jaborandi, mais avec plus d'intensité encore, les propriétés sudorifiques et scilagogues de la Pilocarpine sont infiniment plus marquées que celles de tous les agents thérapeutiuues employés jusqu'ici. On peut même dire qu'on ne connaissait pas vraiment de médicaments sûrs, agissant par la circulation sur les glandes salivaires est sudoripares avant l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique (Vulpian).

M. Vulpian a mis pleinement en lumière l'antagonisme de l'Atropine et de la Pilocarpine. C'est à une action nerveuse que ce médicament doit son action et, non à une action spéciale sur les éléments secréteurs des glandes comme quelques auteurs l'avaient pensé. Le Jaborandi et son alcaloïde seraient des paralysateurs des fibres que le grand sympathique envoie aux organes glandulaires.

L'Atropine qui est l'autagoniste de la Pilocarpine au point de vue de l'action sur les glandes sudoripares, l'est aussi au point de vue de la mydriase. Une goutte d'Atropine instilée dans l'œil empêche absolument l'action de la Pilocarpine.

Nous allons passer après ce rapide exposé de l'action physiologique de la Pilocapine à son emploie en thérapeutique. C'est surtout à ses propriétés sudorifiques que le praticien peut avoir recours.

Bronchites. — C'est contre la bronchite qu'on a tout d'abord essayé le Jaborandi et qu'on peut, par conséquent, employer la Pilocarpine. M. Gubler a obtenu des effets très-favorables dans les cas de bronchite chronique avec emphysème ; dans l'asthme ; dans la grippe.

Dans le catarrhe chronique des bronches, le Jaborandi s'est montré très-utile. Dans les catarrhes secs principalement, l'action serait très-favorable en provoquant et en facilitant l'expectoration. Les expériences sur les animaux prouvent, en effet, que les sécrétions des organes respiratoires sont notablement activées par la Pilocarpine.

Affections rhumatismales. — Dans le rhumatisme articulaire aigu, on a parfois employé le Jaborandi, et on a cite des cas heureux. Mais l'utilité des sueurs dans le rhumatisme est loin d'être démontrée et M. Vulpian (in : *thèse de Royet*) a observé, au contraire, des effets très-favorables, des injections hypodermiques d'atropine pour calmer les sueurs profuses dans cette maladie, sans d'ailleurs qu'on pût leur imputer la moindre aggravation de la maladie et sans que la durée de celle-ci fût augmentée.

Pleurésie. — On a cité de nombreuses observations de guérison ou d'améliorations des pleurésie traitées par le Jaborandi. Ainsi M. Vulpian cite le cas d'un jeune homme de dix-huit à vingt ans, chez qui une pleurésie non douteuse guérit en deux jours, à son début. M. Grasset note cinq cas de pleurésie guérie par le Jaborandi *(Journ. de Thérap.)* au moyen de quatre à cinq grammes chacune. Le Dr Wemaere signale six autres faits recueillis dans le service de M. Gubler et une observation de M. le Dr Vermullen dans lesquelles le Jaborandi a fait disparaître les épanchements.

Pour M. Grasset, le Jaborandi est très-utile dans le traitement des épanchements pleurétiques, quelles que soient leur ancienneté et leur abondance. Il ferait disparaître très-rapidement le liquide et apparaître les frottements pleuraux : *à ce moment*, il devient absolument inefficace, aussi faut-il recourir souvent au traitement tonique et parfois aux applications locales de teinture d'iode.

Tout dernièrement (*Paris Médical*, nos 20 et 29, 1879), M. Bouchut a publié quatre cas de pleurésie aiguë guérie par le Jaborandi et la Pilocarpine.

Pour M. Bouchut, le Jaborandi détermine peu de sueurs chez les enfants. Il est, dit-il, seulement sialagogue à un très-haut degré. Il faut pour produire l'effet sudorifique élever les doses et, dans ce cas, la saveur du médicament est assez désagréable et les enfants répugnent à le prendre. Il faut alors avoir recours aux injections de Pilocarpine, 2 centigrammes par gramme d'eau distillée, à la dose de dix, quinze, vingt et quarante gouttes.

Oreillons. — Le Jaborandi a donné d'excellents résultats à M. le Dr Czernicki, et Leyden cite un cas de parotidite double, survenue sous l'influence d'une fièvre typhoïde, dans lequel l'effet sialagogue de la Pilocarpine eut un résultat très-heureux.

Hydropisies. — Les hydropisies, quand elles sont consécutives à une affection cardiaque, ne semblent pas être soulagées par le Jaborandi. M. Dujardin-Beaumetz (*Clinique thérap.* T. 1) rejette à peu près formellement ce médicament. Cependant Leyden a employé les injections de Pilocarpine dans des eas semblables avec succès.

Rosenkrantz a eu recours aussi à la Pilocarpine, chez une femme atteinte d'une insuffisance mitrale de vieille date et d'une néphrite parenchymateuse, et qui présentait un œdème énorme de presque tout le corps avec épanchements notables dans les principales séreuses. Les diurétiques et les drastiques, avaient été employés sans résultat apparent, lorsque le Dr Rosenkrantz pratiqua à la malade une injection sous-cutanée de 0,06 centigrammes de chlorhydrate de Pilocarpine. Presque immédiatement après l'injection survint une salivation abondante avec sécrétion exagérée de larmes. Il n'y eut qu'une légère diminution de l'œdème et de l'ascite ; mais la malade loin d'éprouver des inconvénients de ce traitement vit s'améliorer son état général.

Curschmann, qui a pratiqué de nombreuses injections de Pilocarpine, est arrivé aux conclusions suivantes : dans les cas de lésions organiques du cœur, si la compensation est suffisante, on peut employer la Pilocarpine sans danger. Il n'en est plus de même lorsque le muscle cardiaque est dégénéré en graisse.

Dans les hydropisies liées aux maladies du rein, on a généralement retiré de bons résultats de l'emploi du Jaborandi ou de la Pilocarpine. « Ce que l'on observe, et c'est beaucoup, dans les néphrites liées à une alté-

ration du rein datant de longue date, c'est un soulagement considérable du malade, l'atténuation ou la disparition malheureusement momentanée d'une complication incommode ou dangereuse.» (Pitois)

Dans les formes aiguës de la néphrite, le médicament a une action plus nette. Frænkel (*Charite-Annalen*, IIe année) rapporte trois observations de néphrite aiguë guéries par les injections de nitrate de Pilocarpine. Une de ces observations notamment a trait à un malade atteint de néphrite aiguë avec pleurésie et catarrhe bronchique. Bardenhewer cite aussi un cas de néphrite aiguë guéri rapidement au moyen de chlorhydrate de Pilocarpine. Senator et Leyden en rapportent aussi un cas.

Demme (*Centralzeitung f. Kinderheilkunde*, nº 1. 1878) a employé la Pilocarpine dix-huit fois chez des enfants atteints de néphrite avec hydropisie consécutive à la scarlatine, et il obtint toujours la guérison.

Ordinairement, dit-il, on ne fait qu'une injection; dans les cas urgents deux à quatre en vingt-quatre heures.

Chez les enfants, au-dessous de deux ans, 5 milligrammes, de deux à six ans, de 7 milligrammes à 1 centigramme, de sept à douze ans, de 1 centigramme à 0,025 milligrammes.

Le traitement durait de 4 à 10 jours.

Dans l'albuminurie causée par la grossesse, dans l'urémie ou l'éclampsie, on a cité aussi des résultats satisfaisants, notamment le Dr Goltammer, (analyse in: *Journ.* de *thérap.*). Néanmoins pour le Dr Fordyce-Barker (*méd. Rec.* 1879, March.) l'utilité du Jaborandi dans les convulsions puerpérales est plus que douteuse. Il signale l'action dépressive du médicament, qui empêche le repos du système nerveux. C'est pour lui un remède peu sûr et même dangereux. L'opinion n'est donc pas faite sur ce point. Nous pourrions citer encore une autre observation due au Dr Strognowski (*Centralblatt für Gynækologie.* 1878 nº 10) dans laquelle une injection de la Pilocarpine eut un très-heureux effet.

Le Dr Bidder rapporte également deux cas dans lesquels des attaques d'éclampsie, ayant précédé et suivi l'accouchement, ont cédé à une ou deux injections de 2 centigrammes de chlorhydrate de Pilocarpine. Le Dr Harbulot, de Nancy, rapporte de son côté une observation d'éclampsie, qui fut guérie à la suite de deux injections de Pilocarpine.

C'est un sujet qui demande de nouvelles recherches et qui est plein d'intérêt en raison de la gravité de l'affection.

En résumé, on peut employer la Pilocarpine dans tous les cas ou l'on emploie le Jaborandi et où les sudorifiques sont nettement indiqués. Il est bien évident, d'ailleurs, que l'action dépressive du médicament qui est en rapport avec la grande quantité de sueur et de salive perdue doit rendre le médecin circonspect.

Nous allons attirer l'attention sur quelques autres usages de la Pilocarpine qui présentent un certain intérêt spécial.

Ainsi le Dr Ortille (*Bulletin de thérapeutique, 1878*) a guéri un hoquet rebelle, ayant résisté à tous les autres traitements, par une injection de chlorhydrate de Pilocarpine. On pourrait sans doute rapprocher de cette curieuse observation celle de M. le Dr Gosse (*Archives médicales belges, 1879*), relative à un malade atteint de vomissements incoercibles. Après divers traitements, le Dr Gosse eut recours au chlorhydrate de Pilocarpine en injections hypodermiques à la dose de 2 centigrammes. A la deuxième injection les vomissements s'arrêtèrent définitivement.

Comme le Jaborandi, la Pilocarpine a été utilisée à titre d'éliminateur des principes toxiques. Ainsi nous trouvons dans un travail récent du Dr Harbulot (*Thèse de Nancy, 1879*), quatre observations de malades atteints de saturnisme et traités par des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Les coliques ont disparu après une ou deux injections. Dans un seul cas, les coliques n'ont disparu définitivement qu'après la deuxième injection. Ces observations ont été prises dans le service de M. le professeur Parisot et les analyses faites au laboratoire de chimie de la Faculté ont montré chaque fois la présence du plomb dans la salive, les urines et la sueur.

L'application de la Pilocarpine a été faite d'abord au traitement des affections oculaires par MM. Metaxas et Wecker (*Traité de thérapeutique oculaire*), puis par MM. Gilet de Grandmont, Abbadie, Bérenger, Rampoldi, etc.

Dans les kératites profondes, M. Wecker emploie les fomentations chaudes et les injections de chlorhydrate de Pilocarpine à la dose de quatre à cinq gouttes d'une solution au 1/10e, pratiquée tous les jours au bras afin de provoquer une abondante transpiration.

Dans la choroïdite spécifique et la chorio-rétinite centrale, en même temps que des onctions mercurielles, le même auteur recommande les injections de Pilocarpine. Des succès véritablement éclatants ont été fournis par ce traitement.

M. Abbadie dans les iritis d'origine diathésique, dans les choroïdites séreuses, vante l'emploie du Jaborandi.

M. Metaxas (*Thèse du Dr Alexandroff, 1877*), rapporte six observations démontrant l'utilité de la Pilocarpine dans les iritis, les irido-choroïdites rhumatismales et l'hémorrhagie rétinienne.

En 1878, M. Dor (*Lyon médical*) rapporte quatre observations de choroïdite séreuse améliorée par l'usage de la Pilocarpine.

M. Gilet de Grandmont a publié aussi de nombreux succès dans les iritis chroniques spécifiques ou rhumatismales, soit simples, soit compliquées d'altérations de la cornée, etc.

De plus, le même auteur croit les injections de nitrate de Pilocarpine efficaces dans le synchisis avec hémorrhagie, dans la myopie. Il cite enfin quatre observations d'atrophie papillaire rapidement modifiée par la Pilocarpine.

Sous l'influence de la diaphorèse produite par le

médicament, les milieux de l'œil troublés sont éclaircis; la tendance glaucomateuse disparaît; enfin les exsudats présentent une rapide tendance à la résorption.

M. Pitois cite encore l'heureuse influence exercée dans la paralysie *a frigore* du moteur oculaire commun.

M. le Dr Duclos insiste beaucoup sur l'utilité de la Pilocarpine dans les affections spécifiques des yeux que les observations de MM. de Wecker, Abbadie, Metaxas et Gilet de Grandmont avaient déjà établie; mais ces médecins ont toujours joint aux iujections de Pilocarpine un traitement antisyphilitique. « Dans ces conditions, dit M. Duclos, il paraît bien difficile de dire la part de succès qui revient à chacune des deux médications. » Des injections de Pilocarpine ont alors été seules employées et les succès obtenus par M. Duclos ont été dus à la Pilocarpine. « Nous engageons, dit-il, vivement nos confrères à utiliser ce nouveau médicament dans ces syphilis rebelles où le plus souvent les moyens ordinaires demeurent infructueux. »

La Pilocarpine en instillation dans l'œil a été peu employée; elle agit plus promptement que l'esérine, selon Ramboldi, et son action serait plus durable; aussi ce dernier auteur la préfère-t-il dans les cas où il s'agit d'établir un diagnostic.

Action de la Pilocarpine sur la contractilité utérine. — Massmann, de Saint-Pétersbourg, en voulant utiliser les propriétés diaphorétiques de la Pilocarpine chez une femme enceinte, atteinte d'hydropisie, observa l'accouchement prématuré. Quelques temps après il eut l'occasion d'observer un cas analogue. Il publia les deux cas et, depuis lors, un certain nombre de médecins ont étudié l'action de la Pilocarpine sur la contractilité utérine.

Nous empruntons au Dr Marti-Autet (*Thèse de Paris,* 1879) l'historique de cette question :

Schauta, assistant de la clinique du professeur Spæth à Vienne, publia un troisième cas de production artificielle d'accouchement prématuré obtenu par la Pilocarpine.

Après ces trois faits, Felsenreich faisait paraître ses recherches sur l'utilité de la Pilocarpine dans les cas d'atonie utérine *post-partum.*

Prochownick et Kleinvæchter, peu de temps après, font connaître les résultats qu'ils obtinrent de l'emploi de ce médicament chez les femmes enceintes, le premier l'ayant employé chez une éclamptique, le second, chez une femme en bonne santé. Dans les deux cas, l'accouchement eut lieu peu de temps après les injections de la Pilocarpine.

Le 15 juin 1878, Welponer, assistant de la clinique de Carl von Braun, à Vienne, publiait son premier résultat négatif, suivi de la publication de trois autres observations avec même résultat.

Presque en même temps, Parisi faisait à connaître un cas dans lequel la Pilocarpine n'eut aucune action sur l'utérus gravide.

C'est vers la fin de la même année que Hyernaux fit à l'académie royale de Médecine de Bruxelles, la relation d'une tentative infructueuse d'accouchement prématuré par la Pilocarpine, et nous indique les conditions dans lesquelles le Dr Charlier observait un accouchement prématuré après deux injections sous-cutanées de ce médicament; en même temps il expose les résultats de ses recherches expérimentales entreprises au mois de juillet et d'août de l'année 1878.

Au commencement de 1879, Sænger a publié ses expériences sur les femmes enceintes, et en même temps les résultats de l'emploi de la Pilocarpine dans toutes les périodes du travail de l'accouchement.

Tels sont les travaux les plus importante publiés sur ce sujet.

M. Marti-Autet se livre à l'analyse détaillée de toutes ces observations et montre que, dans la plupart des cas, l'avortement ou l'accouchemeut prématurée peut être attribué à d'autres causes que la Pilocarpine. M. Hyernaux avait fait des expériences sur des animaux et on voit que, quatre fois sur cinq expériences, les lapines, sujets de l'expérieuce, ont gardé le produit de la conception. M. Chantreuil a fait aussi un certain nombre d'expériences dans lesquelles il n'a pu constater aucune action de l'alcaloïde sur l'utérus.

Nous croyons devoir reproduire les conclusions de M. Autet :

De l'examen des cas observés chez la femme pendant la grossesse et le travail de l'accouchement et des recherches expérimentales faites sur les animaux en état de gestation, il résulte :

1° Que dans un certain nombre de cas, les injections sous-cutanées de Pilocarpine ont eu un résultat absolument négatif, elles n'ont pas déterminé l'apparition des contractions utérines (Welponer, Parisi, Hyernaux, Sænger).

2° Il en a été de même, dans un certain nombre d'expériences faites sur les animaux (Hyernaux, Chantreuil).

3° Cependant, lorsque l'utérus se trouve dans certaines conditions, les injections sous-cutanées de pilocarpine semblent pouvoir déterminer des contractions utérines.

C'est lorsque la femme ou l'animal en expérience sont déjà en travail ou sont arrivés au terme de la gestation.

4° Dans ces conditions particulières, les contractions utérines apparaissent, en général, quelques minutes après l'injection sous-cutanée de pilocarpine, elles augmentent de fréquence pendant quelque temps et se maintiennent dans un état stationnaire, pour diminuer ensuite.

De nouvelles injections renouvellent les mêmes effets.

5° Dans certains cas, les contractions observées après les injections ont déterminé l'accouchement (Massmann. Schauta, Kleinvæchter, Sænger).

6° Parfois, leur action a été insuffisante pour amener l'expulsion du produit de la conception (Sænger).

7° De là, il paraît légitime de conclure que si à terme ou pendant le travail de l'accouchement, la pilocarpine semble avoir une influence véritable sur la

contractilité de l'utérus, avant le terme de la grossesse, les injections sous-cutanées de ce médicament sont presque constamment inefficaces pour provoquer l'accouchement prématuré.

Dr P...

DE LA STÉRILITÉ (1).

La stérilité, c'est-à-dire l'étude de toutes les conditions pathologiques, qui, dans les deux sexes, empêchent la reproduction d'un nouvel être, présente un intérêt de premier ordre pour le physiologiste et le médecin, en même temps qu'elle intéresse au plus haut point l'économiste et le démographe.

La stérilité est, pour ainsi dire, une résultante de la pathologie du système génital. Si on voulait en faire l'histoire complète, il faudrait prendre une à une, toutes les maladies de l'appareil de la génération. Beaucoup de points, d'ailleurs, restent encore obscurs dans cette question; car, pendant la vie, les lésions des trompes et des ovaires échappent souvent aux investigations du médecin.

Il faut d'abord, dans cette question, résumer l'état actuel de nos connaissances au sujet de la fécondation.

Ce phénomène résulte, comme on le sait, de la réunion et de la fusion de deux éléments, *l'ovule* et le *spermatozoïde*. Ces deux éléments, comme tendent à le prouver les recherches modernes des embryologistes, ont une origine blastodermique différente. L'ovule, se développant aux dépens des cellules de l'endoderme et le spermatozoïde provenant de l'ectoderme. C'est ce qui légitime les définitions suivantes de Van-Beneden :

« La fécondation consiste dans l'union d'une cellule endodermique avec des éléments ectodermiques. »

Il faut que ces deux éléments se rencontrent et qu'ils trouvent des conditions favorables au développement du nouvel être.

Le point où se produit la fécondation varie. Pour quelques physiologistes, ce serait l'ovaire ou l'extrémité adbominale des trompes, pour d'autres ce serait l'utérus. On peut admettre que, chez la femme, la fécondation peut s'opérer depuis l'ovaire jusqu'à la cavité du corps de l'utérus. Le siége le plus commun de la fécondation serait, pour la plupart des auteurs modernes, la partie supérieure de la trompe.

L'ovule et le spermatozoïde marchent à la rencontre l'un de l'autre. La cause de la progression de l'ovule, après son expulsion du follicule avec les cellules du disque proliger, réside dans la présence des cils vibratiles qui revêtent le voisinage de l'extrémite tubaire. La continuité de l'épithélium de la trompe avec celui de l'ovaire n'est pas nécessaire même pour expliquer la migration de l'ovule. On sait, en effet, que les éléments vibratiles déterminent des courants dans les liquides ambiants. Ce seul fait démontre l'importance de l'intégrité de l'épithélium de la trompe pour la fécondation. — « Si les cellules vibratiles ont disparu sous l'influence d'une inflammation, par exemple, l'ovule ne peut plus atteindre la trompe, et tombe dans la cavité péritonéale, où il se résorbe, à moins que la fécondation ayant eu lieu sur l'ovaire, il n'en résulte une grossesse extra-utérine. » (De Sinéty).

Ce sont encore les cils vibratiles qui sont les agents de la migration de l'ovule dans la trompe, on peut encore y ajouter les mouvements péristatiques des parois tubaires. La réalité de ces mouvements a été constatée chez la femme pendant des opérations d'ovariotomie. On a observé aussi ces mouvements chez les animaux et on a constaté que, plus la trompe était contractile, plus l'ovulôe parvenait vite dans l'utérus.

Parvenu dans l'utérus l'ovule, doit y trouver pour se développer, l'ensemble des conditions nécessaires à son développement jusqu'au terme de la gestation.

La pénétration des spermatozloïdes se fait surtout sous l'influence de leurs mouvements propres. A ce sujet il est intéressant de rappeler que, selon M. Balbiani, les spermatozoïdes parcourent environ 1 à 2 millimètres par minute. Dans l'utérus et les trompes, leur marche est ralentie par les cils vibratiles dont le courant à une direction inverse; dans ce cas ils ne parcourent guère que 1 centimètre par heure.

Parmi les conditions accessoires qui favorisent la progression de spermatozoïdcs, Beigel croit que la lèvre postérieure du museau de tanche, appuyant contre le cul-de-sal postérieur du vagin, emprisonne pour ainsi dire le sperme et force ses éléments à se diriger vers l'orifice du col. La dispositon normale du col est donc une condition favorable à la fécondation. On expliquerait ainsi la stérilité due à l'hypertrophie d'une des deux lèvres.

Mais les cas de fécondation se produisant malgré la persistance de l'hymen montrent combien ces conditions sont accessoires pour la progression de l'élément mâle.

Le principal agent de progression du spermatozoïde réside dans leurs mouvements propres.

Lorsque le spermatozoïde a rencontré l'ovule, il faut encore qu'il pénètre à travers la membrane vitelline jusqu'au vitellus. Cette pénétration se fait sans doute par suite d'une force osmotique ou par les mouvements propres du spermatozoïde. Quand il y a contact des deux éléments mâle et femelle, la fécondation a lieu, mais à la condition toutefois que chacun de ces éléments soit *dans un état normal*. Or, c'est là un point fort obscur, et très-mal connu. On connaît à peine les altérations de l'ovule, soit dans l'ovaire, soit pendant les premières phases de sa migration. Il en est de même pour les spermatozoïdes. On a cependant quelques notions sur l'action de quelques agents; ainsi leurs mouvements cessent au-dessous de dix degrés ou au-dessus de cinquante degrés centigrades.

Les acides, même à doses faibles tuent les spermatozoïdes, les milieux alcalins les conservent. L'eau

(1) Nous analysons dans cet article un remarquable chapitre du *Manuel pratique de Gynécologie* de M. de Sinety. — Doin, libr-éd. 1879

pure, surtout l'eau distillée, est un poison violent. « C'est dans les différences physiologiques que peuvent présenter les ovules ou les spermatozoïdes de divers sujets qu'on doit chercher l'explication d'un grand nombre de faits de stérilité relative. Rien ne s'oppose, en effet, à admettre que, chez certaines femmes, l'ovule offre une plus grande résistance, ou que chez certains hommes, l'activité des spermatozoïdes est moins vive que chez d'autres. Nous avons observé des faits cliniques pouvant recevoir cette interprétation. Il s'agit d'hommes inféconds, quoique parfaitement puissants, chez lesquels les éléments spermatiques étaient en grande partie immobiles, ou perdaient leurs mouvements très-peu de temps après l'émission. » (De Sinéty) C'est ainsi que peuvent s'expliquer ces faits de deux individus stériles dans leurs rapports réciproques et qui, après une nouvelle union, deviennent productifs.

Voici les conditions nécessaires pour que la reproduction s'effectue : que l'ovule se développe normalement, et ait la possibilité de quitter l'ovaire, de passer dans la trompe et de cheminer jusque dans l'utérus; que les organes de la femme permettent le dépôt du sperme dans le vagin, que celui-ci soit normal, pas altéré par des agents chimiques, principalement par l'acidité des sécrétions et que les spermatozoïdes soient forcés de se diriger vers le col; qu'il n'y ait pas d'empêchement à leur pénétration à travers les trompes, et que les deux éléments mâle et femelle se rencontrent dans leur trajet, entre l'ovaire ou l'orifice abdominal des trompes et l'isthme de l'utérus. Enfin ce dernier organe doit présenter les conditions nécessaires au développement de l'embryon jusqu'au terme de la gestation. Selon que ces divers processus seront plus ou moins entravés, ajoute M. de Sinéty, la conception sera rendue plus difficile ou complétement empêchée.

Il faut examiner maintenant les obstacles qui se présentent dans l'accomplissement de ces différentes phases; ce que nous examinerons dans un prochain article.

(*A suivre*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

A PROPOS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DANS LES CAMPAGNES.

Monsieur le Directeur,

En demandant aux spécialités qui répondent au programme du *Concours*, une portions des frais de son organisation, vous faites de la bonne politique; mais en écartant la spécialité malhonnête, vous faites plus, vous faites une bonne action; car le jour où le médicament sera sans prestige, le médecin sera bien amoindri.

Ce jour-là, vous le pressentez, l'art de guérir ne sera plus qu'un mélange de charlatanisme et de superstition. Les jalons sont posés : Burggraeve, d'un bout; Hahnemann de l'autre. Et, comme trait d'union entre le granule et la poudre de perlinpimpin, le globule et l'eau de Lourdes, la boîte de secours que la Chambre va confier aux instituteurs.

Cette boîte, qui n'a l'air de rien, est une révolution, et le Manuel du Dr Delpech, sur les premiers symptômes des maladies contagieuses, distribué aux instituteurs du département de la Seine, en indique les tendances : par la boîte, l'instituteur est pharmacien; par le Manuel, auquel viendra s'ajouter celui de Raspail, il est médecin. Cette révolution qui sort d'un bon mouvement, comme toutes ses sœurs, a pour premiers adeptes ceux qu'elle doit tuer : les membres de l'Académie de Médecine.

Par sa position exceptionnelle, par le nombre et la valeur de ses adhérents, par son origine surtout, le *Concours* est appelé à donner son avis en cette affaire. Quant à nous, nous jugeons le maître d'école incapable de se servir utilement et de la boîte de secours et du Manuel Delpech. Cependant, comme nous trouvons l'assistance médicale insuffisante dans les campagnes, et que la boîte de secours peut avoir du bon, nous allons indiquer, dans un projet, le moyen de la rendre inoffensive :

LOCALISATION ET LIMITATION DES PHARMACIES AVEC BOITES DE SECOURS POUR LES AGGLOMÉRATIONS ISOLÉES.

La plus grande difficulté, dans l'organisation de l'assistance médicale, sera de mettre dans les villages des médicaments convenables dont on ne puisse mésuser. Jusqu'à présent, les efforts faits dans ce sens ont été malheureux. Le seul moyen d'arriver au but est de localiser les pharmacies et d'en limiter le nombre. Par la localisation, on fera disparaître des campagnes le trafic illégal et dangereux que l'administration se croit obligée d'y tolérer; par la limitation on assurera l'avenir du pharmacien et, par suite, on pourra lui imposer plus de science et plus de tenue sans s'exposer à manquer de sujets.

I. — LOCALISATION

Le trafic dangereux que nous signalons se fait partout, mais surtout à la campagne : l'épicier débite les faux quinquinas, les tourteaux de lin et les sirops glucosés; l'herboriste fait, dans son cabinet, ses noires médecines et ses onguents sans nom, et le médecin inconscient prend dans une armoire en désordre, entre deux visites, des médicaments incomplets qu'il n'a pas le temps de peser, ou même des substances toxiques qu'une fausse étiquette de la droguerie lui a données comme inoffensives : il prescrit, il prépare et il vend sans études spéciales et sans contrôle.

Pour organiser sérieusement l'assistance médicale, il faut supprimer ces *en-cas;* car, là, le malade n'est pas secouru, il n'est que mystifié. Il faut, puisque les rapports d'inspection constatent que le pharmacien seul sait composer les médicaments, il faut, dis-je, qu'il soit seul autorisé à les débiter.

Les titulaires ne manquent pas, il y en a, dans les villes, qui végètent, dont les drogues vieillissent en attendant la vente; pourquoi ne pas utiliser ailleurs ce trop plein, *fixer les résidences?*

Le pharmacien inutile à la ville trouverait dans les villages des clients sérieux, de vrais malades ayant besoin de vrais médicaments. Et ce résultat ne serait pas le seul : c'est encore le pharmacien que consulterait, pour l'hygiène, l'ouvrier qui se soigne peu, et, pour la chimie agricole, le cultivateur qui ne sait plus produire sans la science.

II. LIMITATION.

En localisant les pharmaciens, on arrive à la limitation; car il n'est pas possible d'imposer à un jeune homme dont les études ont été lourdes, une résidence où la concurence viendrait le tuer. La limitation aura pour adversaire, nous le savons, la haute droguerie, dont le mercantilisme s'étale sans pudeur et certains spécialistes qui voudraient faire du pharmacien un intermédiaire entre le médecin paresseux et le public ignorant; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit, avant tout, de l'intérêt des malades.

Quant au pharmacien, il se soumettra volontiers aux charges qu'apportera ce privilége: aux prix réguliers, aux inspections sévères, aux approvisionnements complets. Ce qu'il perdra en liberté, il le gagnera en dignité et en sécurité pour sa famille. Car aujourd'hui, il faut un certain courage pour mettre sa dot dans un parchemin de 1re classe et celle de sa femme dans une pharmacie, quand le décès du titulaire peut anéantir le tout. Avec la limitation, les craintes diparaissent et le diplôme qui n'était qu'une rente viagège devient un capital.

III — BOITES DE SECOURS.

Si, malgré la localisation, quelques usines ou hameaux se trouvaient encore mal desservis, le pharmacien le plus rapproché serait autorisé à y déposer, à ses frais, une boîte de secours. Cette boîte ne contiendrait quo dos médicaments *dosés, étiquetés, cachetés* et *taxés* que le médecin seul, hors de cas spéciaux, pourrait faire délivrer aux malades.

La limitation des pharmaciens n'entraînerait l'administration à aucune dépense. Une commission départementale, composée de médecins et de pharmaciens pris en nombre égal dans chaque arrondissement, fixerait los résidences. Le déplacement volontaire d'uno officino ou sa suppression par suite de décès donnerait droit à une indemnité calculée d'après les recettes, et cette indemnité serait payée par les officines qui bénéficieraient du changement.

Si vous trouvez, monsieur le Directeur, que mon projet prend jour en un mauvais moment, je vous répondrai que, la science a bien le droit de n'être touchée que par des savants.

Un vieux Pharmacien.
X. L.

Nous publions ce projet sous les réserves les plus expresses. Nous croyons que sa mise en exécution serait de nature à atteindre les intérêts de ceux de nos confrères qui exercent la pharmacie. Nous le considérons comme un élément de discussion. Quant à la question de boîtes de secours nous approuvons absolument les vues de notre correspondant. Il est évident que cette innovation aurait pour résultats de créer une nouvelle classe de médicastres et, par conséquent, une nouvelle source d'exercice illégal de la médecine. Nous pensons que le médecin seul doit avoir la disposition de la boîte de secours.

II

TAXE DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX

Monsieur le Directeur,

La lettre de mon honorable confrère, le Dr Rolland, publiée dans le dernier no du *Concours Médical*, me fait souvenir d'un cas à peu près semblable aux siens et où j'ai eu assez de difficultés pour être payé de mes honoraires médico-légaux.

Je viens vous l'exposer :

En Juillet 1866, un orage violent éclate sur la commune de Vieille-Brioude; le postillon de la voiture publique de Brioude au Puy est foudroyé sur son siège; le cadavre est transporté dans la mairie de la commune; je suis appelé par le commissaire de police du canton à l'effet de constater la mort et d'en rechercher les causes; je réclame mes honoraires par la voie du procureur impérial, comme ayant été requis par un officier de police judiciaire. Refus de la part du ministère public de me faire payer ces frais, avec invitation de m'adresser au maire de la commune. Pareil refus de ce dernier, n'ayant été, me répondit-il, pour rien dans la réquisition qui m'avait été faite.

Prenant la chose au sérieux et la poussant jusqu'au bout, je m'adressai directement au ministre de la justice qui me fit répondre d'en référer au Préfet qui inscrirait d'office sur le budget de la commune cette dépense imprévue qui, légalement, lui incombait et me fut en effet payée, malgré les protestations du maire et de son conseil municipal.

Dr E. NOIR,
Médecin consultant aux eaux de la Bourboule.

III

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans le dernier numéro du *Concours Médical*, à la chronique professionnelle, qui m'intéresse toujours très-vivement, une lettre de notre honorable confrère, monsieur le Dr Degoix, de Pesmes, sur la situation des médecins des indigents.

J'ajouterai un cas peut-être plus intéressant encore, à ceux qu'il vous a fournis; tout en faisant observer que le fait que je relate, n'aurait jamais été livré à la publicité, sans l'intérêt qu'il présente au point de vue de la plupart de mes confrères de la campagne, appelés à donner leurs soins aux pauvres.

A Q... chef-lieu de canton du département du Gard, et dans huit à dix communes environnantes, se trouve un seul médecin qui, depuis l'invasion de la vigne et sa destruction par le phyloxera, occupe probablement un des postes les moins lucratifs du département. Depuis huit ans environ, il visite tous les pauvres de Q... et des environs, gratuitement, et sans qu'il soit venu jamais à la pensée de personne que ses intérêts et ceux de tous les médecins, en général, fussent compromis par cette manière d'agir, sans qu'il éveillât par son dévouement, en cette circonstance, la moindre reconnaissance. Il a fait pendant le même nombre d'années un autre service gratuit, se rendant aux réquisitions de M. le maire de Q... pour visiter les prisonniors, assez nombreux, qui sont de passage à la gendarmerie. Depuis l'application encore imparfaite de la loi de 1874 sur les enfants en nourrice, il a délivré jusque vers la fin de l'année dernière et gratuitement des certificats, fait des visites, etc.

Il est de plus conseiller municipal. Lors de la réunion des conseillers municipaux qui a eu lieu dernièrement afin de présenter les deux membres que le conseil a le droit de nommer pour le représenter dans la commission du bureau de bienfaisance, M. le maire, s'est empressé de faire observer que les médecins du bureau de bienfaisance ne pouvaient faire partie de la commission et que, partant, M. lo Dr X... en était exclu. On nc peut être plus gracieux. Mais aussi tous les chefs-lieu de canton n'ont pas de maires comme celui de Q... si prompt à oublier les services rendus!

Agréez, etc.

Dr AURILHOU.

IV

Réponse à la lettre du Dr Margueritte, insérée dans la Chronique professionnelle du n° 20.

Frappées des scandales que provoque la conduite professionnelle de quelques-uns de nos confrères, les Sociétés de Toulon, des Bouches-du-Rhône, de Cherbourg et de la Mayenne, désirent la création des conseils de discipline ; la Société de Senlis trouve l'utilité de cette institution douteuse, et la Société de Châtillon-sur-Seine déclare qu'elle la repousse. C'est donc encore une question incomplètement étudiée et sur laquelle l'opinion n'est pas faite. Or, pour que ces Conseils pussent fonctionner et avoir une utilité, il faudrait que leurs décisions fussent incontestées et qu'ils aient été formés avec le consentement unanime des médecins.

Disons toutefois, pour susciter sur ce point les manifestations de l'opinion de nos collègues, comment le docteur Calvy, rapporteur de la Société de Toulon, concevrait leur fonctionnement. Au nom de la Commission, il émet le vœu que des Conseils de discipline soient institués et fonctionnent comme ceux de l'ordre des avocats. Mais, comme il pourrait y avoir de graves inconvénients à donner mission à ces conseils de juger en dernier ressort, on placerait au-dessus d'eux, pour recevoir appel et décider définitivement, les jurys d'Etat chargés de confirmer ou d'infirmer les décisions des conseils de discipline.

Les jurys d'Etat qui aurait conféré le diplôme de docteur, veilleraient aussi à ce que ce diplôme ne s'égarât pas entre des mains indignes, et pourraient au besoin le retirer provisoirement ou d'une manière définitive, suivant la gravité des actes déférés à leur juridiction.

Sans entrer dans les détails de discussion que comporterait ce sujet, nous dirons que c'est forcer les analogies que de croire exactement applicable aux médecins ce qui existe pour les avocats. La différence naît de la possibilité d'apprécier le délit et de la possibilité d'appliquer la peine. Les avocats ne sont pas disséminés sur toute la surface du pays, ils sont groupés autour d'un tribunal, ils exercent leur profession devant leurs confrères et devant les membres du tribunal. Ils ont donc, réunis autour d'eux, des juges compétents qui apprécient la délicatesse ou l'indélicatesse de leur conduite professionnelle. Les membres du conseil de discipline se recrutent dans ce groupe, témoin des actions de tous les justiciables. Sont-ce là les conditions dans lesquelles le médecin exerce sa profession ? A moins de scandale manifeste, où se trouvent les juges compétents ? Où se trouve le groupe des collègues témoins et juges des actions? Ceux-ci sont disséminés dans tout le département.

D'autre part, un jugement rendu par un conseil de l'ordre des avocats a pour sanction la suspension des actes professionnels du condamné, parce que, pour faire acte professionnel, l'avocat doit venir devant la cour en présence de ses juges. Y a-t-il quelque chose d'analogue pour le médecin? Comment le mettrez-vous en interdit? Par quelle mesure empêchera-t-on un malade de lui demander conseil? Il y aurait impossibilité d'exécuter l'arrêt sans soulever des luttes passionnées parmi les clients du médecin.

Renonçons donc à cette illusion et revenons aux choses possibles. L'Association peut seule exclure ou blâmer un de ses membres. Cette juridiction intime a une sanction naturelle, l'exclusion, et chacun de nous a un intérêt suffisant à ne compter que des collègues honorables, pour que nous ayons la confiance que cette juridiction, quelque peu sévère que soit la pénalité qu'elle édicte, suffira pour éloigner tous ceux qui déshonorent la profession par des actes d'indélicatesse ou de charlatanisme. L'influence de l'Association acquerra graduellement, par le temps, son importance légitime, et dans un avenir que l'on peut prévoir, si tous vous nous prêtez votre concours, le titre de membre de l'Association comportera la certitude de l'honorabilité et de la dignité professionnelles pour celui qui en sera possesseur. Ces considérations sur les conseils de discipline nous paraissent applicables aux conseils des prudhommes proposés par notre confrère.

(Annuaire de l'Association générale.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

I

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'EAU DANS LES AFFECTIONS DE L'ŒIL, D'APRÈS M. LE PROFESSEUR PANAS.

Les applications humides sont ordonnées d'une façon un peu banale dans les maladiesdes yeux. Il y a cependant de ces affections qui ont, on peut le dire, horreur de l'eau; ce sont toutes les affections rhumatismales de l'œil, et, en particulier, les iritis de cette nature. Dans ces cas, si l'œil doit être fermé, on le recouvre de petits disques de coton; s'il y a écoulement de larmes, on peut employer du coton boraté qui est en même temps antiseptique; l'on se comporte en un mot comme on ferait pour une articulation atteinte de rhumatisme, c'est-à-dire que l'on joint la chaleur à l'immobilité et à une compression légère, en même temps qu'on obtient le repos de l'organe. Toutes les fois donc que le principe rhumatismal paraît en jeu, on doit éviter l'emploi de l'eau.

C'est d'ailleurs une question sur laquelle on est souvent consulté que celle de l'utilité des bains chez les sujets atteints d'affections des yeux. D'une façon générale, les bains généraux sont rarement utiles dans ces cas, parce qu'ils déterminent facilement de la congestion du côté de la tête, et, à plus forte raison, les bains thernaux. parce qu'il y a excitation plus grande. Il faut cependant faire une exception pour les bains qui s'adressent à la constitution. Dans ces cas, il faut que le malade prenne de grandes précautions, évite la chaleur excessive et combatte la congestion de la tête consécutive par des pédiluves chauds. C'est de cette manière qu'on peut tirer bon parti des bains de mer chauds chez les enfants atteints d'ophthalmie phlycténulaire, affection qui, comme on sait, est essentiellement sujette à récidiver. M. Panas a vu ainsi une malade atteinte de cette variété d'ophthalmie, dont les attaques se reproduisaient toutes les semaines, ne plus rien présenter après un séjour de six mois aux bains de mer en prenant toutes les précautions voulues. Les bains sont, au contraire, tout à fait contre-indiqués dans les affections de la chroroïde et de la rétine.

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques.

II

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CUTANÉES CHEZ LES ENFANTS

Mon but n'est pas de revenir ici sur tous les détails qu'il comporte. Il faut en établir les bases, vous le savez, sur l'hygiène de la nourrice et de l'enfant, et enfin sur l'enveloppement par des tissus imperméables,

comme le taffetas gommé ou la toile caoutchouquée, dont l'action sulfureuse n'est pas à dédaigner, mais dont le maniement est plus difficile chez les très-petits enfants. Ce traitement vous est trop familier pour que j'y insiste.

Il est un autre point de vue où je veux vous placer. — Doit-on, dans les eczémas impétigineux très-étendus et fournissant une sécrétion très-abondante, attaquer toutes les parties malades en même temps ? Si, en un mot, le visage, le tronc et les membres se trouvent simultanément atteints, doit-on envelopper toutes ces régions d'un tissu imperméable ? N'y a-t-il pas lieu de redouter la suppression des fonctions cutanées?

Il est évident que l'emmaillottement général accroît les inconvénients qu'on prévoit. Aussi, me semble-t-il préférable d'envelopper d'abord les régions les plus enflammées. Je couvre le visage d'un masque; le tronc et le ventre, je les enveloppe de deux bandes séparées; quant aux membres, je les couvre de larges bracelets ou de manchons qui protégent du contact de l'air presque toute la surface cutanée. J'ai donné des soins à de nombreux enfants, atteints d'eczéma impétigineux généralisé. Je vous affirme n'avoir jamais vu se produire d'accidents d'aucune espèce sous l'influence de ce traitement. Les cas dans lesquels on a cru me signaler des répercussions, devaient être envisagés comme des coïncidences déplorables. Souvent j'ai constaté la tenacité de l'affection, ses récidives ; j'ai observé des insuccès, rares, il est vrai, et qui dépendaient de l'incurie, du mauvais vouloir des parents ou de la nourrice. Sous l'empire de sentiments divers, les uns, par crainte de répercussion, les autres, par paresse ou négligence, abrégeaient les soins minutieux de la fermeture hermétique, des lavages, ou bien laissaient au contact de l'air des parties incomplétement guéries. Mais quand toutes les précautions étaient bien prises, quand les prescriptions étaient bien suivies, ce traitement donnait seul d'excellents résultats et le succès était obtenu chez les nouveau-nés sans médication interne, *sans arsenic tout au moins*, avec l'aide d'un allaitement ou d'une alimentation proportionnée à l'âge de l'enfant.

A partir de deux ans, au contraire, je fais un fréquent emploi de l'arsenic dans les dermatoses chroniques, à condition toutefois qu'elles ne traversent pas une poussée aiguë, que la peau ne soit pas sous le coup d'une nouvelle excitation inflammatoire. Les médications varient également avec la cause première de l'affection cutanée. Je n'ai pas à vous apprendre que les dermatoses sont actuellement considérées, soit comme des affections dues à des causes locales (agents irritants, parasites, accidents, etc., etc.), soit comme des manifestations locales d'une diathèse générale. De là les noms, pour cette dernière catégorie, d'affections scrofuleuses, herpétiques, arthritiques, syphilitiques.

Vous connaissez tous la fréquence des manifestations scrofuleuses dans cet hôpital, vous êtes souvent en mesure également d'observer la syphilis infantile. Négligeant aujourd'hui ces deux maladies intéressantes dont je reprendrai l'histoire à propos du mercure et des bains de mer, je veux vous dire un mot des *affections dartreuses et arthritiques des enfants*.

L'*herpétisme* n'est pas rare chez les enfants. Vous en avez sous les yeux de beaux spécimens dans nos salles Sainte-Elisabeth et Sainte-Marthe. Ce sont deux *psoriasis* empreints des variétés les plus communes. Au siége d'élection, la région des coudes, des genoux, et sur les parties du voisinage, vous trouverez de larges squames disposées en forme de tache de bougie ou bien en plaques arrondies ; vous remarquerez aussi la forme circinnée, analogue à la précédente, mais plus étendue, ayant le centre indemne, et pâle, entouré d'un bourrelet annulaire. Je vous ai dit, à ce propos, que le centre de cette variété conservait la sensibilité à la piqûre, pendant que dans la vraie lèpre, dont la forme est identique, le centre la perdait absolument ; cette anesthésie constitue un signe diagnostic différentiel très-important dans certains pays.

Chez une des filettes de la salle Sainte-Elisabeth, le psoriasis s'étend sur le tronc, sur les paupières et même sur le cuir chevelu.

Dans cette dernière région, les plaques, les saillies plâtreuses du psoriasis ressemblent à s'y méprendre au favus squarreux. Le favus en godet s'en distingue immédiatement par sa couleur un peu jaunâtre et les dépressions cupulliformes ; mais le favus inégal, gratté, terreux, s'en rapproche étrangement. Cependant, je vous ai montré que la saillie psoriasique était composée de larges lamelles épidermiques, très-adhérentes, tandis que, à l'œil nu, le favus squarreux par des amas granuleux inégaux. D'ailleurs indépendamment du microscope qui vous révèlera la nature parasitaire du favus, examinez le reste du corps et votre diagnostic sera porté.

Quand il existe un psoriasis capitis, vous pouvez être sûr d'en rencontrer ailleurs, et notamment aux régions privilégiées, les coudes et les genoux.

Cette affection est douée de la même ténacité chez l'enfant que chez l'adulte, et s'accompagne d'ordinaire de tous les attributs d'une excellente santé.

Je vous ai également montré, chez les enfants, les manifestations cutanées du *lichen*, ordinairement associé à d'autres dermatoses (l'eczéma, le prurigo), celles du *pytyriasis* et enfin celles de l'*eczéma dartreux*.

Incomparablement moins fréquent que l'eczéma scrofuleux, vous observerez néanmoins l'eczéma dartreux dans certaines familles où il apparaît dès l'âge de quatre à cinq ans avec tous les caractères classiques. Il siége de préférence à la face, aux paupières, dans le conduit auditif, derrière les oreilles, sur le cuir chevelu, aux mains, dans les plis des jointures, au nombril, sur les organes génitaux. Il se complique volontiers de lichen, d'impétigo et de fissures très-douloureuses.

D'une durée fort longue, il est sujet à des récidives inévitables.

Les dermatoses *arthritiques*, *l'érythème noueux*, *l'urticaire* ne sont pas rares chez les enfants, arrivés à l'âge qui leur permet déjà d'échapper à la tutelle des parents. Les écoliers de notre clientèle de ville et d'hôpital nous en fournissent la preuve. Il n'est pas jusqu'à l'herpès labialis accompagnant les angines rhumatismales, l'*herpès zona* que nous observons plus particulièrement sur le tronc, certains *érythèmes rubéoliques* disséminés autour des jointures, que vous n'observiez avec des manifestations rhumatismales dans les articulations, la congestion hépatique, la polycholie, et l'embarras gastrique.

La marche des arthritides est plutôt aiguë que chronique, aussi, pour rentrer dans la question arsénicale qui nous occupe, je puis vous affirmer que, même dans le cas de récidives rapprochées, les préparations arsénicales ne possèdent pas l'efficacité que vous leur reconnaîtrez dans les dermatoses herpétiques.

C'est, en effet, dans les *dartres* que l'arsenic est surtout indiqué. Vous pouvez, sans doute, le donner également dans les dermatoses chroniques de la scrofule, de l'arthritis, et même de la syphilis, mais seulement après avoir mis en œuvre le traitement que je vous recommande contre ses diathèses. Contre les *affections dartreuses*, c'est, au contraire, un agent d'élection ; il constitue la base principale du traitement, qu'il faut savoir diriger avec ténacité et une méthode systématique.

En conséquence, vous administrerez largement les préparations arsénicales aux enfants atteints de psoriasis, d'eczémas dartreux ; suivez, bien entendu, le mode de dosage ascendant et descendant que je vous ai prôné.

Vous compléterez cette méeication par des bains gélatino-alcalineux, les amers, les purgatifs, une hygiène qui proscrit l'usage des excitants, eafé, thé, vin pur, liqueurs alcooliques, eoquillages, gros poissons, asperges, fraises, etc., etc. Enfin, dans la belle saison, vous conseillerez de diriger vos enfants herpétiques aux eaux arsénicales de La Bourboule, ou aux eaux sulfureuses de Pyrénées et de la Savoie. Vous aurez soin de leur interdire absolument le séjour au bord de la mer, à plus forte raison les bains de mer.

Vous avez plusieurs fois observé, soit dans les salles, soit à la consultation, des affections cutanées à larges squames imbriquées connues sous le nom d'*ichthyoses*; oe n'est pas une affection herpétiquo, c'est une véritable difformité que l'arsenic ne saurait guère modifier. — Je la traite uniquement par les bains de savon, les bains alcalins, et l'interdiction des substances irritantes précédemment énumérées, coquillages, eafé, thé, aleool, etc., etc.

(*Extrait d'une leçon clinique de M. J. Simon. Progrès Médioal.*)

III

TRAITEMENT DE LA CHORÉE PAR L'ARSENIC

Nous rappelons à nos lecteurs que nous avons rapporté les observations de MM. Perraud et Garin, de Lyon, sur le traitement de la chorée par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Nous avons exposé, à ee propos, les résultats obtenus dans cette névrose par divers auteurs, résultats généralement eneourageants.

Nous trouvons, dans une thèse récente du Dr Pomel, l'exposé de la pratique suivie dans plusieurs services des hôpitaux de Paris pour l'emploi de l'arsenic.

M. Siredey fait usage de la *liqueur de Boudin.* Pour un sujet jeune et médiocrement vigoureux, eomme le sont ordinairement les malades atteints de chorée, il eommenee par une dose de 10 grammes et progresse en augmentant ehaque jour de 5 grammes. Autrement dit, il donne d'abord 1 centigramme d'acide arsénieux ; puis ehaque jour, il augmente de 5 milligrammes, donnant le lendemain 20 milligrammes. Il prescrit aussi la potion suivante le premier jour :

Julep gommeux 100 grammes.
Liqueur de Boudin 10 grammes.

A prendre en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Pour un jeune enfant la dose doit être moindre. Chez un enfant de huit à dix ans on peut donner d'emblée 2 à 4 grammes de liqueur de Boudin et progresser par 2 grammes par jour.

MM. Bouchut et Archambault emploient aussi la médication arsénicale. Ces deux médecins donnent la préférence à l'arseniate de soude, qu'ils ordonnent d'abord à la dose 5 à 10 milligrammes qu'ils font prendre aux malades dans de l'eau sucrée. Les jours suivants, ils augmentent la dose progressivement de façon à arriver suivant l'âge et la force du sujet à 15, 20, 25 et 30 milligrammes d'arséniate de soude. Dans ees conditions le seul symptôme d'intolérance qui se manifeste quelquefois est une diarrhée peu intense et qui cède facilement à l'administration d'un purgatif léger.

Voici les conclusions formulées par le Dr Pomel :

1o De tous les traitements employés contre la chorée, les préparations arsénicales, et en particulier, l'acide arsénieux, sont eelles qui amènent la guérison le plus sûrement et le plus rapidement.

Dans les cas où l'arsenic amène la guérison, l'amélioration est rapide ; elle se montre dès les premiers jours du traitement.

2o Les chorées graves rebelles à tous les autres traitements, eèdent le plus souvent avec la plus grande facilité à la médieation arsénicale (eette conclusion nous paraît un peu absolue et nous faisons quelques réserves au sujet des chorées graves).

3o Pour retirer de l'arsenic tout l'avantage qu'on est en droit d'attendre de lui, il faut arriver, dans un temps très-court, à des doses telles qu'il survienne des phénomènes d'intolérance. Ce sont ces signes de saturation qui indiquent que l'on a atteint les doses véritablement thérapeutiques.

4o Même chez les enfants, on ne devra pas hésiter à recourir aux fortes doses d'arsenic dans les cas de chorée. On devra, également, chez eux, atteindre les doses do saturation.

5o Sans nier que l'usage des préparations arsénicales puisse jamais entraîner aucun accident sérieux dans le traitement de la chorée, nous constatons que nul fait authentique n'a été produit jusqu'à présent.

IV

COLLUTOIRES DE DENTITION

M. Peyraud (Bordeaux) dit qu'on peut ealmer le prurit dentaire chez les enfants, de façon à éviter tous les aceidents réflexes de ee travail physiologique.

Bromure de potassium. 2 à 3 grammes
Miel. . . . . 15 à 20 —
Eau. . . . . Q. s.

Chauffez et évaporez jusqu'à consistance de miel, après avoir alcoolisé pour la conservation du collutoirc.

Frictionner les geneives quatre fois par jour.

M. E. Bouchut préfère le sirop suivant :

Sirop de guimauve. . . . . . 15 grammes
— de eodéine. . . . . 5 —
Borax. . . . . 1 —

Il est plus facile à préparer et ses résultats sont les mêmes. (*Paris Médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée par Ch. Tomes, professeur à l'Hôpital de Londres, etc., traduit de l'anglais et annoté par le Docteur Cruet. (1)

« La littérature médicale dentaire est d'une pauvreté déplorable en France ; non-seulement il n'y a pas d'ouvrages spéciaux sur l'anatomie et la chirurgie des dents, mais encore nos traités généraux d'Anatomie et de Chirurgie n'accordent qu'uue petite place bieu insuffisante à tout ce qui concerne le système dentaire. » Cette pénurie tient à bien des causes, dont la principale est, sans contredit, le manque d'enseignement public et privé. La Chirurgie dentaire est à peu près abandonnée à la routine et à l'exploitations de certains industriels qui, sous le nom de *mécaniciens-dentistes,* exercent une profession réputée médicale bien qu'ils ne possèdent généralement pas les moindres éléments de la médeeine.

Aussi faut-il féliciter l'éditeur et le traducteur d'avoir pensé que le meilleur moyen de faire des dentistes et d'inspirer le goût des études dentaires est de multiplier les livres et les publieations. Ils ne pouvaient mieux s'adresser qu'à l'ouvrage de M. Ch. Tomes, professeur d'Anatomie dentaire à l'*Hôpital dentiare*

(1) Un vol in-8d'environ 480 pages et accompagné de 180 figures dans le texte. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon,

de Londres et fils célèbre d'un père dentiste habile qui a écrit un outrage fort estimé sur la chirurgie dentaire. M. Tomes s'est proposé pour but de faire un livre d'études, assez nouveau pour être au courant des progrès réalisés dans ces derniers temps, et assez résumé pour pouvoir servir de manuel. L'auteur a puisé à pleines mains dans les travaux de tous ses prédécesseurs, mais il a contribué par lui-même aux progrès et à l'avancement de l'Odontologie. Il a été amené naturellement à faire l'anatomie comparée du système dentaire dans l'embranchement des vertébrés et on lui doit des recherches originales sur ce qui concerne le développement des dents et, en pasticulier, sur le développement des dents de Reptiles et des Poissons. Cette anatomie comparée est même un des côtés curieux de son livre, celui par lequel il intéressera beaucoup tous ceux qui ont conservé quelque goût pour l'histoire naturelle.

Ils se rappelleront, en effet, le rôle et l'importance des dents dans la classification mammalogique de Cuvier et de nos géologistes contemporains. Les dents indiquant, par leur conformation. le régime de l'animal, nous révèlentpar cela même bien des particularités que leur seule présence suffit à nous faire connaître. Aussi ces petits organes sont-ils du plus grand secours quand il s'agit de reconstituer l'histoire des espèces perdues.

Terminons en disant que cet intéressant volume est accompagné de 180 figures qui montrent avec clarté tout ce qui concerne la forme, la disposition et la structure histologique des dents et des os sur lesquels elles sont implantées. Puisse-t-il, selon le vœu du traducteur, contribuer à développer dans notre pays, le goût de cette étude qui n'est pas moins intéressante que celles auxquelles on se livre avec tant d'ardeur quand il s'agit des yeux, des oreilles, ou de quelque autre organe pour les affections duquel on veut dedevenir médecin spécialiste.

Dr A. B,

CHRONIQUE

Emotions vives suivies de syncopes.

Dans sa thèse sur la syncopc M. Hosteing cite des faits de mort subite, survenus à la suite de syncopes produites dans des circonstances singulières.

Il y a quelques années, le portier du collège royal d'Aberdeen s'était rendu odieux aux étudiants, et ceux-ci résoluront de le punir. Ils préparèrent un billot et une hache qu'ils portèrent dans un endroit solitaire, se réunirent pendant la nuit et, ayant nommé des juges, deux d'entre eux furent le chercher. Lorsqu'il vit ces préparatifs, il affecta d'abord de prendre tout cela pour une plaisanterie, mais les étudiants lui assurèrent que c'était très sérieux. Ils procèdent à l'interrogatoire, le déclarent coupable, et lui disent de se préparer à une mort immédiate, car il allait être décapité sur-le-champ.

Le portier tremblant regarde autour de lui pour voir ce que cela pouvait signifier, mais il ne vit partout que des regards sévères, et un des étudiants lui appliqua un bandeau sur les yeux. Le pauvre homme fut agenouillé devant le billot, la hache de l'exécuteur fut levée, mais au lieu du tranchant effilé, on lui appliqua vivement sur la nuque un coup de serviette mouillée. Les étudiants satisfaits pensaient avoir suffisammcnt effrayé le portier, ils lui ôtèrent le bandeau qui lui couvrait les yeux ; mais quel ne fut pas leur étonnement et leur épouvante quand ils virent qu'il était mort !

Dans un autre cas, rapporté par le docteur Miquel (d'Amboise), il s'agit d'un petit garçon d'une vingtaine de mois que la bonne tenait sur ses genoux pendant que le père était au lit; l'enfant criait, selon son habitude, quand son père, rentrant tout à coup, lui dit d'un ton menaçant: « Te tairas-tu, b..... » L'enfant se tut à l'instant, fit un profond soupir, puis tomba sans mouvement : il était mort.

Il s'était écoulé vingt minutes entre le terrible accident et l'arrivée du médecin. Les pupilles étaient dilatées, les muscles flasques, pas un signe de vie. Très-légère matité de sa poitrine à gauche; l'enfant n'avait jamais été malade, il était fort et vigoureux; il n'avait pas encore mangé le matin.

Autopsie. Tous les viscères étaient sains, sauf le poumon gauche, qui présentait deux points violets de la grosseur du bout du doigt; la trachée contenait du liquide gluant, légèrement jaunâtre, semblable à celui contenu dans l'estomac (l'enfant avait bu de l'eau sucrée un moment avant l'accident). Ce liquide avait du s'introduire pendant l'inspiration désordonnée causée par la menace du malheureux père.

—Académie de médecine de Paris. Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine a procédé à l'élection d'un vice-président, en remplacement de M. H. Roger, qui doit oecuper, en 1880, le fauteuil de la présidence. M. le professeur Broca a été nommé à la presque unanimité des suffrages. — M. Bergeron a été ensuite maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel. Enfin MM. Hérard et Verneuil ont été élus membres du conseil. En conséquence, le bureau de l'Académie nationalc de médecine se trouve ainsi constitué pour l'année 1880 : Président M. H. Roger; vice-président, M. Broca; secrétaire perpétuel, M. Béclard; secrétaire annuel, M. Bergeron; membres du conseil, MM. Hérard et Verneuil; trésorier, M. Caventon.

La crémation chez les Indiens. — Ces peuples pratiquent cette coutume de temps immémorial; mais leur procédé n'a absolument rien de commun avec les nôtres. On peut en juger par le fait suivant, que rapporte un journal américain :

Le corps dc l'épouse de l'Indien Pite ayant été placé sur un cheval, la procession se mit en route; on n'entendait pour toute musique que le bourdonnement de millions de mouches qui volaient autour du cadavre. Arrivé à Anthong-House-Camp, un immense tas de bois fut amoncelé et le corps placé dessus. On y mit le feu, et les Indiens, au moyen de bâtons pointus, se mirent à attiser le bûcher. En l'entourant, ils maintenaient le cadavre au milieu des flammes, poussant parfois un cri sauvage, comme pour activer le feu. Lorsque le corps fut consumé, ils en recueillirent les cendres dans un sac et les remportèrent chez eux pour en faire, avec un mélange de goudron, une sorte de peinture. Cette matière goudronneuse est réservée à la toilette des femmes, qui doivent la conserver jusqu'à complète usure.

Les Ecoles de nourrices à Washington. — L'an dernier s'ouvrait à Washington une école pratique pour l'instruction et l'éducation des nourrices. D'abord peu fréquentée, cette école prenait rapidement un accroissement considérable, et, le 27 octobre de cette

année, avait lieu la deuxième session scolaire. La séance de rentrée était présidée par son fondateur, le Dr Tonner, de Washington, si connu pour les bienfaits qu'il a prodigués à l'humanité et pour l'avancement qu'il fait faire à l'éducation médicale. Le discours prononcé par le Dr Taber Johnson invoquait « la nécessité d'une éducation saine et pratique à offrir aux nourrices, aussi bien pour les soins à apporter aux enfants malades dans les hôpitaux, que pour ceux à donner aux jeunes nourrissons confiés à leurs soins. Dans presque toutes les communautés, il est demandé chaque jour des nourrices pour l'éducation des enfants. Que les personnes intéressées apportent la plus grande attention à cette création, et elles trouveront sanspeine les femmes instruites qu'elles désirent pour élever leurs enfants! »

Pour cette question, comme pour tant d'autres intéressant l'hygiène publique et privée, resterons-nous toujours en arrière de l'Angleterre et de l'Amérique?

(Journal d'Hygiène.)

ASSASSINAT D'UN MÉDECIN A L'ILE NOU

On lit dans la *Nouvelle-Calédonie* du 24 septembre:

« Un triste événement est arrivé à l'île Nou: lundi dernier, M. Grosperrin, médecin de la marine, passait sa visite ordinaire, quand l'un des condamnés se présente afin d'obtenir une dispense de service, étant malade, disait-il. Le médecin s'étant refusé à acquiescer à sa demande, malgré l'insistance du condamné; celui-ci, voyant cela, se jette sur lui et le frappe de deux coups de couteau dans la région du cœur. Le poumon gauche fut atteint, et, malgré tous les soins qu'on donna immédiatement à M. Grosperrin, on désespère de le sauver.

« L'assassin est un condamné à mort dont la peine a été commuée en celle des travaux forcés à perpétuité. »

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

AVIS

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous aire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance; ils nous éviteront un travail assez long.

CORRESPONDANCE

— Dr F., 375 (Hérault), 16 décembre.

Vous voyez bien, par votre no inscrit sur la bande, que vous êtes membre fondateur. — Les exemplaires ont été mis à la poste.

— Dr S., 892 (Charente).

Le docteur G. est inscrit. Merci de votre propagande actuelle et de votre promesse de concours. Nous sommes heureux que vous ajoutiez: « *Je suis de plus en plus pénétré des avantages que la Société que vous avez réussi à fonder, procure dès à présent et procurera dans l'avenir à ses adhérents.* »

— Dr S., à L. D. S. (Ariége), 2 janv.

Nous ferons percevoir le montant de votre abonnement sans frais, à domicile. — Dans le courant de l'année et, au plus tard en 1881, vous serez inscrit en qualité de participant. Vous dites: « *Deux facteurs principaux distinguent votre journal et le recommandent hautement à l'attention de tout jeune médecin: En premier lieu la partie clinique et thérapeutique, sérieusement traitée et, en second lieu, la campagne que vous avez entreprise pour constater les abus de toute nature, sur lesquels la loi reste encore muette, commis au détriment du corps médical. Nous devons tous vous assister.* »

Nous vous ferons observer que la question des Sociétés de secours mutuels et des bureaux de bienfaisance à la quelle vous faites allusion, a été déjà effleurée dans les précédents nos du *Concours*.

— Dr C., 204. — Nous avons envoyé les deux numéros et faisons des vœux pour le prompt rétablissement de votre santé. Vous nous obligerez de nous en faire part.

Vous dites: « *Ce qui manque aux médecins, c'est le sentiment de solidarité. Chacun de nous devrait se sentir atteint par les disgrâces et les déboires immérités d'un confrère et tenir à honneur de l'assister, quand cela est possible, par la revendication d'un droit.* »

Nous avons déjà dit que cette insuffisance d'esprit de corps et la concurrence que nous nous faisons les uns aux autres étaient les deux plus grandes plaies de notre profession. Le remède est le concert par petits groupes, dans la même région.

— Dr A., à Q. (Gard), 3 janv.

Nous n'avons jamais reçu la note sur les applications du collodion que vous nous dites avoir adressée en juillet dernier, 125, boulevard Saint-Michel. Cette erreur d'adresse n'excuse pas l'administration des postes. Votre lettre aurait dû vous revenir, comme tombée en rebut. La dernière sera insérée.

— Dr C., à St-A. D. V. (Gard).

Envoyé le no. — Vous serez inscrit comme participant avant la fin de votre abonnement.

— Dr C., 212 (Seine-et-Oise).

« *Je forme des vœux pour notre succès commun. Le but que vous poursuivez est assez noble pour que chacun de nous s'estime heureux d'y adhérer et de vous assister de tout son pouvoir. C'est ce que je ferai assurément.* »

— Dr M., à H. (Calvados).

Vous avez vu, par le dernier no, que ces deux questions sont à l'étude. Nous espérons bien aboutir.

Quant à votre histoire professionnelle, elle est trop jolie pour la déflorer avant d'en connaître l'issue. Nous comptons bien que vous nous la ferez savoir et nous publierons le tout pour l'edification de nos lecteurs.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 4 24 janvier 1880.

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

— A l'Académie de Médecine, notons une intéressante communication de notre savant confrère, le Dr Laborde, sur le rôle de l'expérimentation dans la recherche et la détermination des succédanés en thérapeutique, dans laquelle il étudie l'action toxique comparée de la quinine, de la cinchonine et de la cinchonidine. M. Laborde conclut que la similitude de composition, la parenté chimique, ne sauraient constituer, pour les substances réputées médicamenteuses, une raison valable d'idendifier l'action physiologique et thérapeutique.

L'expérimentation préalable peut, seule, fournir des indices certains à cet égard, en même temps qu'elle détermine l'action toxique ou nocive de la substance. En conséquence la question des succédanés en thérapeutique est absolument subordonnée aux résultats de la recherche expérimentale.

En ce qui concerne, en particulier, les prétendus succédanés de la quinine, cinchonine et cinchonidine, l'observation expérimentale démontre qu'ils appartiennent à la classe des poisons convulsivants, et qu'ils ne sauraient, pour ce motif, être admis dans la thérapeutique pratique au même titre que la quinine.

Enfin, au point de vue de la méthode générale qui doit présider à l'étude des substances médicamenteuses, l'observation clinique et l'expérimentation sont solidaires et inséparables l'une de l'autre; mais, dans l'ordre logique de la recherche, l'expérimentation doit précéder l'observation clinique, attendu que la première est destinée à fournir à la seconde les éléments premiers et indispensables de l'application qu'elle est à son tour, chargée de réaliser.

— Nous avions l'occasion, à propos de la mort d'Herbelin, de rapporter les témoignages d'estime donnés au corps médical par les représentants les plus élevés du gouvernement. Nous nous réjouissons aujourd'hui avec tous nos confrères du choix que les gauches du Sénat viennent de faire pour le siége de sénateur inamovible de M. le professeur Broca.

M. Broca est un savant, dont le nom jouit à l'étranger, comme en France, d'une grande et légitime renommée. Chirurgien érudit, M. Broca s'est encore acquis au point de vue scientifique des titres nombreux. Fondateur de la Société d'anthropologie, dont il est resté le secrétaire général, M. Broca a fondé l'Ecole libre d'anthropologie, un recueil spécial et a réuni des collections uniques en Europe; enfin, de son laboratoire, sortent chaque année des travaux remarquables.

— Nous publions plus loin des extraits de l'éloge du professeur Dolbeau, prononcé par M. de Saint-Germain, secrétaire général de la Société de Chirurgie. C'est un morceau achevé, bien digne d'ailleurs de la réputation dont jouit son auteur : il était difficile de mieux dire et en termes plus choisis.

— Nos députés vont probablement s'occuper

dans cette session de l'organisation de la médecine militaire ; MM. Marmottan, Cornil, etc., ont déposé un projet de loi à cet égard. Nous faisons tous nos vœux pour que les médecins militaires soient enfin soustraits à l'autorité de l'intendance et jouissent de l'indépendance nécessaire à l'exercice de leur tâche utile et si glorieuse. Nous aurons à revenir sur ce sujet dans la partie professionnelle du journal, à propos de la discussion parlementaire.

REVUES GÉNÉRALES

I

DE LA STÉRILITÉ

(*Suite*)

Nous avons examiné avec M. de Sinéty, les conditions physiologiques de la fécondation ; il faut maintenant passer en revue les difficultés qui peuvent se présenter au libre exercice de ces conditions.

On a dit qu'un certain nombre de maladies générales, et, en particulier, la tuberculose, pouvaient causer la stérilité. Il n'est pas impossible que ces maladies influent d'une manière plus ou moins active sur le mouvement régressif qui s'opère d'ailleurs physiologiquement dans les follicules de De Graaf et qui a pour résultat la disparition de l'ovule avant qu'il ne soit expulsé.

Les *kystes de l'ovaire* sont une cause de stérilité; de même que la *salpingite*, ou inflammation de la trompe. Nous avons vu, en effet, combien l'intégrité de la muqueuse de la trompe était nécessaire pour la progression de l'ovule. Cette affection, en transformant la structure de la muqueuse, est donc un empêchement à la fécondation. Enfin le gonflement catarrhal de la muqueuse suffit à amener une oblitération de l'orifice *tubo-utérin*.

Cette oblitération peut encore être causée par la *métrite*. On voit souvent, en effet, une conception se produire à la suite de la guérison de cette maladie. Chez les prostituées, l'utérus est rarement sain, et c'est avec raison, dit M. de Sinéty, qu'on a considéré la métrite et la périmétrite comme une des nombreuses causes qui entraînent leur infécondité.

A ces causes de stérilité, M. de Sinéty ajoute encore l'*atrésie vulvaire* et la *rigidité de l'hymen*, qui passent souvent inaperçues du mari, qui finit par déprimer les tissus et se créer ainsi une sorte d'infundibulum suffisant pour pratiquer le coït. La *vulvite, l'inflammation, de l'hymen ou des caroncules, l'hyperesthésie vulvaire*, le *vaginisme, les vices de conformation* ou les *néoplasmes du vagin*, agissent à peu près de la même manière pour entraver la fécondation.

Les solutions concentrées ont une action nocive manifeste sur les spermatozoïdes, c'est ce qui explique comment les sécrétions purulentes de l'utérus ou du vagin, peuvent empêcher l'imprégnation d'avoir lieu. Nous avons dit que les spermatozoïdes perdaient leurs mouvements à une température suffisamment basse (au-dessous de 10 degrés), c'est pourquoi il faut proscrire les injections froides après le coït.

M. Pajot a décrit un obstacle à la fécondation, sous le nom de *fausse route vaginale ;* il s'agit de la profondeur exagérée du cul-de-sac postérieur au vagin. Les allongements, les hypertrophies totales ou partielles du col sont des obstacles du même genre, qui gênent la fécondation, mais qui la laissent encore possible.

On s'est complaisamment étendu sur les obstacles à la fécondation dus à un rétrécissement du canal cervical, et des chirurgiens très-sérieux ont proposé des opérations sanglantes pour remédier à cet inconvénient. « La sténose, dit à ce sujet M. de Sinéty, n'amène la stérilité que si elle est très-accusée, et encore par un processus assez difficile à comprendre. Car là où passe un globule sanguin, un spermatozoïde doit pouvoir passer. »

Parmi les déplacements, en dehors de toute complication inflammatoire, ce sont surtout les déplacements en arrière qui éloignent l'orifice du col du cul-de-sac postérieur (*Receptaculum seminis*) qui peuvent empêcher la pénétration de l'élément mâle.

On peut encore citer, parmi les causes qui s'opposent au cheminement du spermatozoïde, les amas d'œufs de Naboth, la métrite du col, les polypes. Au reste les mêmes causes qui empêchent l'ovule d'évoluer, empêchent aussi bien le spermatozoïde.

L'élément mâle ayant atteint l'élément femelle, la fécondation ayant eu lieu, il faut encore que l'ovule fécondé trouve dans l'utérus les conditions nécessaires à son développement. Parmi les difficultés de la reproduction qu'on peut rattacher à cette classe, nous trouvons la *syphilis* et l'*anémie*. Il y a des femmes qui avortent un grand nombre de fois. On dit parfois que l'avortement est une cause prédisposante de l'avortement. Ce n'est pas, selon M. de Sinéty, qu'un avortement prédispose à un autre, mais c'est parce que la cause du premier subsiste.

En résumé la stérilité peut tenir à trois ordres de causes : ou bien, il existe des obstacles à la progression de l'ovule ; ou bien à la migration du spermatozoïde ; ou enfin la fécondation ayant eu lieu, les conditions du milieu ne sont pas favorables aux développement de l'embryon.

La conduite du praticien en présence d'un cas de stérilité est difficile. Il doit s'entourer de tous les renseignements possibles. Il faut d'abord chercher dans l'aspect extérieur et l'interrogatoire des malades, l'explication de cette inaptitude à la fécondation. C'est ainsi qu'un état d'obésité très-marqué peut suffire pour nous éclairer. La durée, l'abondance, la facilité

des règles seront examinées avec soin. Les antécédents doivent être soigneusement scrutés. Beaucoup de femmes qui n'ont jamais souffert aux époques menstruelles, avant les premiers rapprochements, accusent, au contraire, depuis, de violentes douleurs au moment des règles. On devra examiner histologiquement les produits membraniformes expulsés de l'utérus dans ces conditions. Enfin l'examen des organes génitaux nous fournira les renseignements nécessaires sur les nombreuses causes anatomiques qui peuvent amener la stérilité.

Pour la plupart des auteurs, la stérilité tient, neu fois sur dix, à la femme; telle n'est pas l'opinion de M. de Sinéty: *Plus d'un quart des stérilités matrimoniales provient du mari.* Aussi avant d'instituer un traitement à la femme faut-il examiner avec soin le mari.

L'épididymite blennorrhagique, notamment, peut amener l'impuissance de l'homme. On devra donc examiner une goutte de sperme au microscope. En général, on croit que la présence des spermatozoïdes suffit pour permettre d'affirmer que la fécondation est possible de la part du mari; mais c'est encore un point sur lequel M. de Sinéty appelle l'attention. Il faut encore que ces spermatozoïdes n'aient perdu ni leur agilité, ni leur apparence normales. Ils sont souvent plus petits, moins vifs et moins résistants, si bien qu'au lieu de conserver leurs mouvements pendant cinquante ou soixante heures, comme chez l'homme sain, le plus grand nombre les a déjà perdus au bout de quelques minutes, malgré les conditions de température et de milieu favorables.

Traitement de la stérilité. — Le traitement de la stérilité doit s'adresser à la cause même de cet état, si on l'a reconnue. Souvent on est assez heureux pour voir une conception suivre la guérison d'une maladie générale ou locale. Nous n'avons donc pas à nous étendre beaucoup sur cette partie de notre sujet.

On peut conseiller l'emploi de quelques moyens qui ressortent d'ailleurs de l'étude à laquelle nous nous sommes livré à propos des conditions favorables à la progression des spermatozoïdes. Ainsi les injections vaginales avec des solutions alcalines tièdes, faites le soir, en se couchant, et conservées quelques instants seront un utile adjuvant. M. de Sinéty conseille ordinairement, pour cet usage, l'eau de Vichy ou une solution avec 15 pour 100 de sucre et 1 à 2 pour 1000 de potasse caustique. Ce liquide a la propriété de conserver très-longtemps les mouvement des spermatozoïdes et les leur rend même quand ils les ont perdus depuis peu.

Quand on se trouve en présence de deux époux désirant des enfants, que tous les moyens ont échoué, que le sperme présente toutes les conditions en apparence normale, « on est en droit de pratiquer *la fécondation artificielle.* » Il n'entre pas dans notre sujet d'étudier les cas où le médecin peut tenter cette opération, et ceux dans lesquels il ne le peut pas.

C'est, comme le dit l'auteur si consciencieux que nous analysons, un chapitre de déontologie médicale que nous ne pouvons qu'indiquer, le laissant à l'appréciation de chacun.

Plusieurs procédés ont été mis en usage pour pratiquer la fécondation artificielle; voici celui de M. de Sinéty: Il faut d'abord s'assurer de l'état de mobilité de l'utérus et de l'intégrité des culs-de-sacs. Ensuite tâter la sensibilité de l'organe, par quelques cathétérismes pratiqués de préférence avec une sonde flexible. Il ne s'agit plus alors que de se procurer du liquide fécondant du mari et d'en aspirer quelques gouttes avec une seringue en verre à injection utérine; on adapte à la seringue une canule en caoutchouc, qui est introduite au moyen de pinces à pansement et poussée jusqu'au fond de l'utérus, pour être sûr de dépasser l'orifice interne du col. On injecte alors deux ou trois gouttes du liquide en retirant légèrement l'instrument, qu'on laisse en place pendant 5 à 6 minutes. La malade est placée, d'ailleurs, sur le bord de son lit et le col mis à découvert au moyen d'un speculum de Cusco. Quelquefois, au moment où on retire la canule le liquide est expulsé par les contractions de l'utérus. M. de Sinéty retire alors seulement la seringue; il laisse la canule, en place pendant deux ou trois heures, en bouchant son orifice par un petit morceau de bois entouré d'ouate. La femme doit garder le repos et ne pas quitter le lit de toute la journée.

II

TRANSFORMATION DE L'ACNÉ SÉBACÉE PARTIELLE EN CANCROÏDE.

M. Hardy, dans son article *acné* du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, à propos de la forme décrite par lui sous le nom d'acné sébacée concrète, insiste sur l'importance du diagnostic différentiel de cette affection et du cancroïde. Cette confusion a été commise fréquemment et a fait attaquer par le caustique des taches insignifiantes, qu'on aurait pu faire, dit-il, disparaître avec des lotions savonneuses. Pour arriver à ce diagnostic on devra faire attention que la croûte du cancroïde est dure, difficile à enlever; qu'elle recouvre une ulcération ou une saillie verruqueuse, et qu'elle est généralement entourée d'un rebord saillant, tandis que la croûte molle de l'acné laisse sous elle, après avoir été enlevée, la peau intacte, et sans saillie. Toutefois, ajoute encore ce maître éminent, je dois faire remarquer qu'on rencontre souvent, chez les vieillards, des taches grises, saillantes, de la grandeur d'une lentille ou d'une pièce de vingt centimes qu'on prend pour des croûtes d'acné simple; ces cas sont complexes: la tache est formée à la fois de matière sébacée et de productions épithéliales, et, elle repose sur une surface un peu inégale, comme verruqueuse. *Ces cas appartiennent bien plutôt à l'épithelioma qu'à l'acné sébacée,* et il faut bien se garder de les écorcher ou de leur faire des applications irritantes, car ils dégénèrent facilement. Pour M. Hardy, ce sont des cas analogues qui ont fait penser

à quelques auteurs que la dégénérescence cancroïdienne envahissait parfois l'acné concrète.

La réalité de cette transformation est incontestable pour Bazin; selon lui il n'est pas sans exemple de voir l'acné sébacée se transformer *in situ* en épithélioma.

D'autre part, on sait, depuis les travaux de M. le professeur Verneuil (1854), que les cancroïdes peuvent avoir pour origine une lésion des glandes sudoripares.

Selon M. Verneuil, cette variété de cancroïde se rencontrerait surtout dans les régions où les glandes sudoripares sont abondantes et succèderait souvent à des tumeurs de la même origine glandulaire.

La possibilité de la transformation de l'acné en cancroïde a été nettement établie par un élève de M. Lailler, M. le Dr Audouard (*Thèse de Paris,* 1878) dont le travail va servir de base à cette revue.

On sait que l'acné consiste dans une alteration particulière des glandes sébacées, caractérisée par une hypersécrétion donnant lieu à une ou plusieurs petites plaques grisâtres, peu étendues, bien circonscrites, assez semblables à une verrue aplatie, sans le moindre phénomène de congestion au début, sans la moindre douleur, et sans prurit.

Essentiellement chronique, l'acné, qui se termine dans beaucoup de cas par la formation d'une cicatrice, peut cependant dans certaines circonstances acquérir une gravité réelle.

C'est souvent au nez et aux joues qu'on rencontre l'acné sébacée partielle. C'est là aussi, d'ailleurs, que se rencontre avec le plus de fréquence l'épithélioma.

Quand les malades s'aperçoivent de leur affection, on trouve un petit bouton ou un petit point rouge à peine saillant, qui s'est recouvert d'une croûte grasse, d'apparence squameuse, d'une coloration grisâtre. Cette croûte se détache spontanément ou bien elle est enlevée par le malade. On a au-dessous une petite surface rouge, humide et comme huileuse. Des croûtes nouvelles la recouvrent bientôt, plus épaisses, plus grasses, et d'une coloration plus jaunâtre.

Quand on enlève la croûte, on la trouve adhérente par sa partie profonde et munie de prolongements filiformes, blanchâtres, qui correspondent à des dépressions dermiques. Ces dépressions sont les orifices des glandes sébacées, dont les conduits sont distendus par les produits de sécrétion qui se concrètent sous la peau.

Cette période caractérisée par une lésion de sécrétion dure plus ou moins longtemps.

La maladie continuant son évolution, on voit se former, au niveau du point malade, une petite tumeur arrondie ou ovale, à bords légèrement indurés, avec une dépression au centre. Cette tumeur est sous-épidermique et donne lieu à une desquamation périphérique. Le centre est recouvert de petites croûtes grisâtres, adhérentes aux parties profondes. La lésion gagne par les bords, la partie centrale restant toujours déprimée. Lorsque la maladie a de la tendance vers la guérison, la sécrétion diminue. Les squames succèdent aux croûtes. Enfin, les lamelles, d'une teinte grisâtre, toujours adhérentes, finissent par disparaître, en déterminant un amincissement graduel de la peau qui a l'apparence cicatricielle. Cette cicatrice est d'abord blanche et déprimée. Elle est limitée par un rebord saillant où l'on voit encore des follicules dilatés et quelquefois une rougeur érythémateuse.

Telle est est la seconde période, dite de cicatrisation.

Elle a également une longue durée et peut coïncider avec l'extension de la maladie qui gagne les parties voisines en présentant toujours la même série de phénomènes.

Voilà l'évolution normale et la terminaison heureuse de cette maladie.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Les malades sont, le plus souvent, préoccupés par la persistance d'un mal qui ressemble, par son siége et par son aspect, à une autre affection ulcéreuse du visage. Ils cherchent à le faire disparaître, et ne font que l'exaspérer par des attouchements fréquents, par l'emploi de caustiques ou de pommades excitantes.

« Alors il s'établit une inflammatien ulcérative. La croûte recouvre une surface rouge, exulcérée, au milieu de laquelle on observe des pertuis de follicules détruits dans leur longueur et béants. Les tissus environnants s'emflamment, s'hypertrophient. La sécrétion sébacée, plus abondante, se mêle à une certaine quantité de pus séreux et donne lieu à la formation d'une croûte qui n'a plus rien de la croûte squameuse de l'acné. Elle augmente sans cesse, devient bombée et sèche au centre, et reste molle sur ses bords. Au bout de huit à dix jours, elle tombe et laisse à découvert une surface inégale, à fond rouge, quelquefois saignante, donnant une sécrétion ichoreuse, parsemée de points déprimés et offrant à sa circonférence de petites croûtes de matière desséchée.

« Parvenue à cet état, l'acné sébacée partielle est presque toujours incurable. Elle constitue un des phénomènes les plus intéressants de la pathologie cutanée. C'est toujours une acné sébacée partielle dont on retrouve les caractères dans l'état gras de l'ulcération, la nature de la croûte, l'existence de pertuis..., etc., mais c'est déjà un cancroïde qu'on reconnaît, à la forme déchiquetée de l'ulcération, à l'induration des bords repliés sur eux-mêmes, à la marche et à la profondeur plus ou moins grande de la plaie. » (Cazenave.)

Les caractères de cette ulcération sont intéressants à connaître. Sa marche est d'abord très-lente, et sous l'influence d'un traitement approprié, on peut obtenir une cicatrisation. Il se forme au niveau de l'ulcère une pellicule mince et d'apparence cicatricielle, mais souvent une nouvelle poussée survient, qui rétablit l'ulcération.

Dans d'autres cas, le centre de l'ulcère se cicatrise et de nouvelles tumeurs apparaissent sur les bords et évoluent comme cela vient d'être indiqué.

Cette ulcération a une marche serpigineuse; tandis qu'une partie de la plaque se cicatrise, l'ulcération fait des progrès en sens opposé. Elle rampe, pour ainsi dire, et se développe en surface plus qu'en pro-

fondeur. Arrivée au voisinage d'une muqueuse, l'ulcération augmente d'activité et le mal fait de rapides progrès en profondeur.

Si le traitement médical ne produit pas d'amélioration, ces alternatives de guérison apparente et d'ulcération cessent, les caractères propres à l'acné ulcérée disparaissent, et la prédominance des signes du cancroïde s'affirment de plus en plus.

Les bords de l'ulcération deviennent durs, relevés, coupés à pic en certains endroits et sont en continuité ailleurs avec le fond de la plaie. Sur l'ourlet limitant, on trouve souvent de petites granulations blanc-jaunâtre, ressemblant à de la cire, modérément transparentes et très-compactes. Ces petits corps sont quelquefois isolés, ou bien réunis les uns à côté des autres et ont une apparence moniliforme. Au bout d'un certain temps, ils s'ulcèrent par leur centre et se confondent avec la plaie.

Le fond de l'ulcère est en général aplati et occupé par des bourgeons charnus de petite dimension. La surface est saignante. Il s'en écoule aussi un liquide ichoreux dont le mélange avec le sang produit des croûtes brunâtres épaisses qui recouvrent l'ulcération.

La peau des parties environnantes est enflammée, un réseau vasculaire très-abondant se dessine autour de la tumeur.

Enfin, à une période avancée, la base dure, sur laquelle repose l'ulcère, perd la mobilité qu'elle avait au début et contracte des adhérences avec les parties profondes.

A ces signes, on reconnaîtra un cancroïde. Pour savoir, à cette période de la maladie, quelle a été la cause primordiale, on sera guidé par les renseignements fournis par le malade et par quelques-uns des signes propres de l'acné qui peuvent exister d'une manière concomitante. Il n'est pas rare de trouver sur le même malade un cancroïde du nez ou de la joue, par exemple, et sur un autre point du visage une plaque d'acné sébacée partielle à la période de sécrétion. Cette plaque peut parcourir les phases que je viens de signaler et se transformer enfin en cancroïde.

La peau, au voisinage des parties malades, est grasse, huileuse et présente des orifices sébacés très-dilatés par la matière sécrétée. Chez les vieillards, on trouve, en même temps que l'ulcération du visage, des crasses cutanées et des tannes répandues sur le corps et principalement au dos. Malgré la persistance de cette lésion, on a rarement signalé l'engorgement des ganglions, sauf à la dernière période. Pendant longtemps le malade ne se plaint que de fourmillements, mais pas de douleurs.

Tels sont les phénomènes que M. Audouard a pu observer sur plusieurs malades et qu'on retrouvera signalés dans ses observations. On peut donc les diviser en trois périodes.

1re période, lésion de sécrétion; 2e période, formation d'un ulcère avec tendance de transformation épithéliomateuse ; 3e période, cancroïde confirmé. Dans les deux dernières périodes, on peut voir la terminaison heureuse de l'acné par cicatrisation.

Le diagnostic de l'acné sébacée partielle est de la plus haute importance, si l'on songe qu'une erreur trop longtemps prolongée peut conduire à une affection incurable. Il est ainsi établi par M. Audouard : Si un malade se présente, portant au visage une croûte grasse qui, en tombant, laisse à découvert une surface d'un rose pâle, luisante et huileuse, si elle se reforme plus ou moins rapidement, en présentant les mêmes caractères, on devra reconnaître l'existence de l'acné sébacée partielle. Mais très-souvent l'acné a été dénaturée par l'emploi de topiques plus ou moins actifs, et l'affection présente une physionomie anormale. Dans ces cas, il faut rechercher sur les limites du mal les traces de l'éruption sébacée.

Les incrustations qui recouvrent des plaques d'impétigo pourraient, après un examen superficiel, être prises pour des croûtes d'acné ; mais les croûtes impétigineuses sont épaisses, inégales, rocheuses, mamelonnées, et semblables à de petites masses de miel. La marche rapide, les phénomènes de cuisson et de chaleur, rendront le diagnostic facile.

On ne confondra pas l'acné avec le lupus, lorsque celui-ci aura déjà exercé ses ravages. De plus, cette affection débute en général dans l'enfance ou pendant la première jeunesse. On n'y trouve pas les orifices sébacés dilatés par la matière concrète, pas de zone inflammatoire ; mais on observe des tubercules d'une teinte rosée, aplatis, qui sont les premiers éléments de la maladie.

Il existe une variété curieuse de lupus, qui ne se développe que dans le milieu de la vie, et dont le diagnostic avec l'acné sébacée doit être établi. Il s'agit du lupus acnéique.

Cette maladie se montre surtout au visage; sur le nez et les joues; elle débute par de petites plaques rouges, se recouvrant de petites écailles blanches, à reflet opaque, à forme presque pulvérulente, adhérentes entre elles, de manière à former une couche assez semblable à de la craie. Cette matière crétacée est un produit d'excrétion modifié des glandes sébacées, qui sont dilatées anormalement. La circonférence des plaques est rouge, saillante, et augmente insensiblement. La guérison de cette maladie peut se faire sans qu'il y ait ulcération par cicatrisation, c'est-à-dire qu'il se produit un amincissement graduel de la peau, une usure caractéristique.

Dans quelques circonstances, il s'établit une ulcération des plaques et, comme l'a indiqué M. Lailler, la lésion prend un caractère semblable à celui du cancroïde. C'est cette forme de lupus que subirait la transformation en épithélium. Mais, à cette période, le diagnostic avec l'acné sébacée partielle n'est plus à faire. Les signes que je viens de donner du lupus acnéique au début pourront être retrouvés à côté de ce cancroïde secondaire, et permettront d'établir le diagnostic de l'affection primitive.

Faut-il parler des syphilides? En effet, les ulcérations syphilitiques, tuberculo-ulcéreuses, se développent au visage à la même époque de la vie; mais elles ont des caractères spéciaux qui permettent de les re-

connaître. Leur évolution est rapide. Les bords de l'ulcère syphilitique sont taillés à pic. Le fond présente une teinte grisâtre, humide, donnant issue à un pus verdâtre, épais, se concrétant facilement, et formant d'épaisses croûtes brunes, à reflets verdâtres.

La forme générale de ces ulcérations est en anneaux ou en demi-cercle. S'il restait quelques doutes sur la nature de l'affection, après la recherche de ces caractères spéciaux, l'étude des antécédents et le traitement antisyphilitique mettraient infailliblement sur la voie du diagnostic.

On ne trouve de différence entre l'acné sébacée partielle et le « noli me tangere » qu'au début. Cette dernière affection a nne origine multiple : elle commence quelquefois par un petit bouton autour duquel s'établit une vascularisation sous-épidermique ; d'autres fois, on voit une infinité de petits boutons qui, d'abord distincts, finissent par se confondre en un seul ; plus rarement, une verrue ou une substance cornée indolente constitue l'origine de l'espèce d'ulcère dont il s'agit. Un dernier mode de développement est celui dans lequel un bouton fendillé et sécrétant un liquide choreux par ses gerçures, se recouvre d'une croûte qui tombe par intervalles, ct laisse voir une érosion de très-petite étendue. Quelle que soit son origine, le « noli me tangere » reste à l'état de torpeur plusieurs années, et même toute la vie. S'il vient à être irrité soit sans causes connues, soit par des caustiques appliqués inconsidérément, il s'établit une ulcération qui est absolument semblable à celle de l'acné sébacée partielle, et qui se comporte de même.

Mais là ne s'arrêtent pas les points communs. Ces deux affections se développent souvent chez les personnes âgées. Elles ont une marche lente et ne progressent qu'à mesure qu'on les irrite. Elles siégent au visage, sur le nez et les joues. Evidemment, l'acné sébacée partielle fait partie de la période d'ulcération, mérite au premier chef la dénomination de « noli me tangere » et les deux affections se confondent.

Quant au début, il est probable que, sauf les cas où il s'agissait d'une cornée ou d'une verrue, les boutons dont parlent les auteurs de la première moitié du siècle, devaient être de l'acné sébacée partielle.

S'il en est ainsi, l'acné sébacée partielle est une des formes de début du « noli me tangere. »

Le traitement de l'acné sébacée partielle, au début, est assez simple. Il consiste à faire tomber les croûtes et à modifier l'hypersécrétion de nature sébacée. On y réussira par l'emploi de simples topiques, et des lotions émollientes répétées matin et soir.

Quand la maladie est convertie en surface exulcérée, il devient plus difficile. Beaucoup de moyens ont été employés sans succès. Il faut surtout se rappeler que l'emploi d'un médicament irritant peut être là cause occasionnelle de la transformation en épithélioma.

On obtient quelquefois une modification heureuse du mal et même la cicatrisation, en employant le chlorate de potasse. M. Audouard en cite une observation.

Le meilleur mode d'emploi du médicament est le suivant : solution très-concentrée de sel potassique, en applications permanentes à l'aide de compresses ou d'un gâteau de charpie. A l'intérienr, 3 ou 4 grammes de chlorate en potion pris au moment du repas.

Cette médication s'applique également à l'acné sébacée ulcérée devenue cancroïde. Mais on n'obtient d'heureux résultats qu'au bout d'un temps très-long. Il faut donc pour cela avoir affaire à des cancroïdes à marche lente et, pour mieux dire, stationnaire.

Si le traitement médical échoue, ou que la maladie fasse des progrès rapides, il faut avoir recours au traitement chirurgical, et c'est au bistouri qu'il convient, en général, de donner la préférence.

On peut facilement bien circonscrire le mal, l'enlever largement et profondément, et combler la perte de substances avec un lambeau autoplastique.

On peut encore substituer au bistouri, le thermocautère quand la région où siège le cancroïde le permet.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CATÉCHISME DES ASSOCIATIONS MÉDICALES

Qu'est-ce qu'une Association? — C'est la réunion des forces collectives chargées de suppléer à l'insuffisance individuelle.

En quoi une association peut-elle être utile aux médecins? — En apparence, une Association médicale ne se préoccupe guère d'intérêts individuels ; mais en protégeant les principes généraux, elle procure à chacun sa part du bien général.

Comment se fait-il que l'association en médecine ait eu quelque peine à venir au jour, et qu'en ce moment encore elle éprouve des difficultés et des défaillances? — Parce que les hommes de cette profession, ayant un grand fond de forces intellectuelles, croient pouvoir résister personnellement à tout, et qu'après avoir toujours vécu jusqu'ici seuls, isolés, confinés dans leur personnalité, il en coûte à leur valeur de recevoir l'appoint de forces empruntées ; et puis, messieurs les médecins ne ressemblent pas du tout au troupeau que le jovial et profond curé de Meudon, leur confrère, a rendu célèbre sous la conduite de l'illustre Panurge ; ils affectionnent assez leur opinion propre pour n'être pas facilement gouvernables, et pour aimer mieux le mal dans leur chère indépendauce que le bien acquis sous le joug le plus léger.

Mais alors comment expliquez-vous l'extension et la généralisation des Associations dans presque tous nos départements? — C'est qu'il faut bien croire qu'au fond la chose n'est pas mauvaise, et que les gens prévoyants croient qu'elle deviendra meilleure.

Pourquoi, dans notre département, l'enfantement de l'Association a-t-il été si longuement laborieux? — Parce que des difficultés de plus d'une sorte, venues de près et de loin, l'ont entravé. Il n'est ni besoin ni prudent de les rappeler; chacun les a connues et appréciées. Aujourd'hui l'esprit de corps, la nécessité de l'union et le besoin de la concorde ordonnent à tous, même à ceux qui ont été le plus blessés, de les oublier et d'en sacrifier le souvenir à la cause commune.

Quels biens matériels les Associations ont-elle déjà

produits? — Peu encore. Cependant on leur doit l'élévation progressive, lente et très-raisonnable des honoraires que chacun souhaitait par nécessité de vivre, sans que personne osât la pratiquer, et de nombreuses répressions contre les divers genres d'exploitation illicite de la médecine. Viendront successivement bien d'autres avantages, et notamment l'assistance contre les ingratitudes pécuniaires de la clientèle, à qui le retour à la santé enlève la mémoire du cœur.

Quel avantages moraux peuvent résulter de l'Association? — Ils sont incalculables, et, pour n'en citer qu'un, quel est le médecin, au sortir des réunions, qui ne se sente meilleur et mieux disposé pour ses confrères? Quel est celui, tant modeste que vous le supposiez, qui ne se trouve relevé dans sa propre estime par le contact d'hommes éminents, ses collègues et ses pairs, et qui ne sente refléter en lui-même une portion de leur mérite? Quel est donc celui qui, sans trop d'orgueil, ne soit fier de faire partie d'un corps si distingué?

Pour assurer le succès de l'Œuvre, quelles doivent être les qualités des associés? — La foi vive et persévérante, le zèle qu'aucune difficulté n'attiédit, le dévouement qui ne connaît point d'obstacles.

Quels sont les devoirs de l'Associé? — Propager les avantages de l'Association; pratiquer un prosélytisme actif pour combattre les dissidences et conjurer les mauvaises influences; provoquer par tous les moyens l'action bienfaisante de l'Association. Il lui suffit, pour cela, de sortir pendant quelques jours, chaque année, de sa vie personnelle, pour se donner aux intérêts de ses collègues.

Quels sont les droits du Sociétaire? — Recevoir ce qu'il donne.

En un mot, que faut-il à une Association pour assurer sa vitalité? — Il faut à ses chefs un dévouement à toute épreuve, une activité toujours renaissante, des signes de vie incessants. Aux adhérents, il faut une grande confiance dans leurs représentants et surtout, plus sages que les enfants qui exigent le jouet qu'ils convoitent, de suite, sans délai, il leur faut la patience qui sait attendre que le fruit soit mûr.

Si l'association générale ne satisfait pas aux besoins les plus pressants, ne doit-on pas la considérer comme un leurre et une déception? — Non pas, vraiment. Il faut au contraire songer qu'elle n'est pas encore ce que nous la voudrions voir, libre et indépendante, et que, dans cette condition, s'il y a lieu de s'étonner, c'est plutôt de ses effets que de son impuissance.

Mais si quelques-uns avaient à se plaindre de quelque hésitation sur des faits pertinents, même d'un refus de concours, comme par exemple dans des cas de poursuite contre l'exercice illégal, n'y aurait-il pas à désespérer le plus patient et le plus orthodoxe des associés et à le jeter parmi les dissidents? — Ce serait une impardonnable faute, parce que, comme les flots et les vents, les votes sont changeants, et parce qu'il n'est pas permis de désespérer en présence de ce mot si vrai de ce grand moraliste : *Tout vient à point à qui sait attendre.*

L'association peut-elle satisfaire à tous les desiderata de la profession? — Non immédiatement; oui, avec les développements que le temps lui réserve.

Ces difficultés et ces retardements sont-ils des motifs pour renoncer à l'Association? — Pas plus qu'il ne serait sage de couper une moisson en vert.

L'Association peut-elle compromettre l'indépendance ou les intérêts des affiliés? — En aucune façon, puisqu'elle n'agit que sur des faits généraux.

Quelle doit être la conduite de l'Association à l'égard des médecins qui lui sont étrangers? — Se souvenir de cette maxime paraphrasée d'un de nos anciens maîtres : *Medicus sum; nihil medici a me alienum puto.* En d'autres termes, l'Association doit agir en leur faveur, comme s'ils étaient Sociétaires, par l'unique considération qu'ils sont de la famille médicale, de manière à les convaincre que la Société n'est point une coterie, et à les contraindre, à force de bons procédés, à se rallier un jour sous la bannière commune.

Est-ce que cette règle devra être suivie vis-à-vis de tous les médecins? — A cet égard, il y a peut-être à distinguer. S'il existe une imperceptible catégorie de gens qui n'ont de la profession que le titre sans les qualités. l'Association n'a rien à démêler avec eux. Médecins marrons, ils se sont mis hors la loi, on doit les y laisser, non-seulement en fait d'Association, mais surtout en fait de relations professionnelles.

L'Associatiou a-t-elle des chances d'avenir? — Incontestablement, car c'est l'unique remède aux maux vieux et profonds de la profession, et partout où elle fera défaut, le médecin restera dupe et victime.

Que pourra faire un jour l'Association au profit de la médecine? — Tout.

Comment démontrez-vous sa puissance? — Par la raison qu'un câble est plus fort qu'un des fils qui le composent.

L'Association va donc constituer, pour la profession médicale, un Eldorado, un vrai pays de Cocagne? — Hélas! elle partage le sort imparfait de toutes les institutions humaines. Elle ne saurait nous donner ce doux *far niente*, dans lequel tout vient à bien sans peine et sans efforts, ni la satisfaction complète de toutes nos aspirations sans que nous nous en occupions. L'Association n'est pas une entité faisant de soi des merveilles. C'est une abstraction que nous pouvons mettre en jeu. C'est une machine dont la force peut développer des effets immenses, pourvu qu'on en connaisse le mécanisme et qu'on sache le faire manœuvrer. Faisons-en l'étude avec patience, avec persévérance, et si nous sommes habiles, nous en tirerons des résultats imprévus et surprenants, car vouloir, c'est pouvoir.

De tout ce qui précède, quelle est votre conclusion? — Que l'Association est un instrument nouveau qui a besoin d'être étudié et pratiqué; que si la raison et la logique le déclarent excellent, l'expérience confirmera tôt ou tard sa haute valeur et sa grande puissance. Il y a donc lieu de conclure par ces mots : Confiance! espérance!

(Annuaire de l'Association générale.)

NOTES CLINIQUES

APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ AU DIAGNOSTIC DES MALADIES.

C'est surtout à déterminer la lésion qui cause une paralysie que sert l'exploration électrique; elle donne des résultats différents, suivant que le muscle est soustrait à l'action de la volonté:

Par une lésion cérébrale;

Par une lésion médullaire laissant la moelle intacte, mais interrompant ses rapports avec l'encéphale;

Par une lésion medullaire entraînant la destruction de tout un segment de la moelle;

Par une lésion d'un nerf;

Par une lésion d'un muscle;

Par une altération de sang.

C'est que ces cinq éléments : le cerveau, la moelle, les nerfs, la fibre musculaire, le sang, sont néces-

saires pour le libre fonctionnement des muscles de la vie animale. L'altération grave ou la destruction de l'un quelconque d'entre eux, ou une solution dans leur continuité suffisent pour que le muscle ne soit plus soumis à l'action de la volonté; seulement, dans ces divers cas, les troubles fonctionnels et nutritifs, dont le muscle est atteint, ne sont pas les mêmes. Occupons-nous seulement des variations qui surviennent dans la contractilité électrique.

Elle peut-être *normale, accrue ou diminuée :*

1o Dans quel cas la contractilité électrique d'un muscle est-elle normale ?

Lorsque le nerf qui l'anime et le segment de la moelle où il prend naissance sont intacts.

Cela se présente dans *tous* les cas de paralysie de cause cérébrale ou lorsqu'il y a *interruption dans la continuité* de la moelle (hémorrhagie cérébrale, ramollissement cérébral, tumeurs, — traumatisme de la moelle, compressions, tumeurs, myélites transverses, etc.).

2o Dans quels cas la contractilité des muscles paralysés est-elle *accrue* ?

Dans tous les cas précédents lorsque, à la lésion qui cause la paralysie, s'ajoute une inflammation du cerveau, de la moelle ou du nerf.

Si donc, chez un malade atteint de paralysie de cause cérébrale, on constate que la contractilité électrique est exagérée, on en pourra conclure qu'il se produit une encéphalite autour du foyer ou que la moelle elle-même est atteinte d'une inflammation secondaire.

Dans certains cas de paralysie de cause périphérique, l'exploration par les courants faradiques et les courants galvaniques, donne des résultats opposés : tandis que la contractilité sous l'action des uns est supprimée ou notablement diminuée, sous l'action des autres elle est accrue. Nous parlerons de ce cas dans un instant.

3o Dans quels cas la contractilité électrique des muscles paralysés est-elle diminuée ou abolie ?

Elle peut être *diminuée* dans certains cas de paralysie cérébrale ou médullaire, lorsque la partie paralysée a été condamnée à une longue inertie; mais, dans ce cas, quelques séances d'électrisation suffisent pour ramener la contractilité à son état normal.

Elle est *abolie* : *a* lorsqu'il y a destruction ou altération profonde du segment de la moelle auquel aboutissent les nerfs de la partie paralysée;

b Lorsqu'il y a altération du nerf;

c Lorsqu'il y a altération du muscle;

d Elle est encore abolie dans les paralysies *à frigore*; dans les paralysies résultant d'intoxication (saturnisme).

En résumé, la contractilité faradique est d'autant mieux conservée que la lésion nerveuse est plus rapprochée des centres. C'est ce que Marshall-Hall avait entrevu en l'exagérant, lorsqu'il disait, que, dans les paralysies cérébrales, la contractilité est conservée, tandis qu'elle est abolie dans les paralysies spinales.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte à la contractilité faradique ; que savons-nous de la contractilité galvanique ?

Les muscles sains sont sensibles aux courants galvaniques comme aux courants faradiques ; les muscles paralysés, sensibles aux courants faradiques, le sont aussi aux courants galvaniques, mais sur les muscles dont la sensibilité aux courants induits diminue, on voit l'action des courants directs s'accroître en proportion et devenir beaucoup plus active que sur les muscles sains. C'est surtout dans la paralysie faciale *a frigore* que cette opposition est évidente ; mais on l'observe aussi dans les paralysies résultant de lésions des nerfs, lorsque le bout périphérique dégénère. A mesure que la dégénérescence se prononce, l'action des courants devient moindre et celle des courants galvaniques s'exagère, et, chose remarquables ! signalée par MM. Erb et Ziemssen, lorsque le nerf se régénère, l'action des courants galvaniques s'affaiblit, tandis que s'accroît celle des courants faradiques. Ce fait montre bien que l'état d'intégrité du nerf a une très-grande part dans cette différence d'action des deux espèces de courants.

Les auteurs se sont demandé à quoi tient cette différence d'action des courants. Déjà, Duchenne, dans la première édition de son *Traité d'électrisation localisée*, avait proposé une explication de la disparition rapide de la contractilité faradique dans la paralysie du facial *a frigore*. Quoique cette explication ait été, depuis, assez généralement adoptée, nous ne pouvons nous en contenter, parce que, selon nous, elle ne rend pas raison des faits et n'a pour la légitimer aucune observation positive. Duchenne attribuait l'abolition de la contractilité à la constriction que le facial gonflé éprouverait dans son passsage à travers l'aqueduc de Fallope. Outre que cette hypothèse ne s'appuie sur aucun fait positif, elle a le tort de ne point s'accorder avec ce qu'on sait des paralysies du facial par compression. Comment expliquer, si on admet l'opinion de Duchenne, que les traumatismes du facial amènent, moins rapidement que la paralysie *a frigore*, l'abolition de la contractilité faradique ? De plus, cette hypothèse n'explique nullement l'excitabilité plus grande aux courants galvaniques. On a proposé une autre interprétation plus plausible, d'après laquelle les courants induits agiraient sur les muscles par l'intermédiaire des nerfs, tandis que les courants directs agiraient sur le muscle lui-même ; tant que les fibres nerveuses seraient intactes, les courants faradiques agiraient ; lorsqu'au contraire elles seraient dégénérées, leur action cesserait tandis que, à ce moment, les courants galvaniques auraient une action exagérée.

Dans les paralysies succédant à un traumatisme, on peut suivre les rapports de l'excitabilité aux courants faradiques avec l'état des nerfs, mais dans la paralysie *a frigore* l'interprétation est plus difficile. Dans ce cas, l'inexcitabilité aux courants induits est très-rapide, c'est pour cela qu'on a pensé que la lésion primitive doit plus être voisine du muscle et qu'on l'a localisée, soit sur la plaque terminale du nerf, soit sur les filets intra-musculaires. Cette hypothèse est acceptable ; elle a pour elle de grandes probabilités, mais on ne peut la considérer que comme une hypothèse.

De cette exposé, on peut conclure, en prenant la paralysie faciale pour exemple, que la conservation ou l'exaltation de la contractilité électro-musculaire, jointe à la persistance des mouvements réflexes et à l'absence d'amyotrophie, indique une paralysie de cause cérébrale ; que l'abolition des mouvements réflexes et la diminution ou la disparition de la contractilité électro-musculaire, indiquent une paralysie de cause périphérique ; que la rapide disparition de la contractilité faradique avee exaltation de la contractilité galvanique, sont les signes les plus certains de la paralysie *a frigore*.

Dr H. DESPLATS (1).

(1) Application de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies. 1 vol. in-8o. Paris, 1879.

SIGNES FONCTIONNELS DES CALCULS VÉSICAUX.

L'étude des signes fonctionnels de la pierre a une très-grande importance, car il y a tout d'abord intérêt à bien les connaître afin de juger de la nécessité du cathétérisme, et cette question se pose toujours, car il est des maladies de la vessie dans lesquelles le cathétérisme ne doit pas être pratiqué. Or, M. Guyon estime qu'il est facile de poser les indications pour cette catégorie de malades et qu'il est toujours possible à un chirurgien de savoir ce qu'il rencontrera dans son exploration. On a ainsi l'avantage de ne faire le cathétérisme qu'à bon escient, et de plus, en admettant qu'une première exploration ne donne pas de résultat, il faut que le chirurgien qui a bien examiné son malade, fort de cet examen, puisse savoir qu'il doit recommencer ses recherches plus tard. Ces cas se rencontrent fréquemment; et il arrive que, malgré le cathétérisme bien fait, on ne rencontre pas la pierre ; si alors on n'est pas édifié sur la valeur des signes fonctionnels on conclut à son absence, et cependant quelques mois plus tard, de nouvelles recherches la font alors découvrir. Mais ce retard présente de grands inconvénients à tous les points de vue.

Ces signes fonctionnels se tirent de l'étude de la miction et des urines; mais pour bien les étudier, il faut savoir exactement si ces signes se modifient dans les vingt-quatre heures, et quelles différences ils présentent le jour et la nuit. Presque tous les symptômes, en effet, sont dus à la locomotion de la pierre et ne se montrent, par conséquent, que dans certaines conditions. Il en est quelques autres, il est vrai, qui proviennent d'une autre origine : ainsi la plupart des malades se plaignent de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre, d'excitation du gland ; mais il est un autre symptôme bien plus ordinaire, c'est la sensation de pesanteur vers l'anus. Ces malades se plaignent bien plus d'une affection de l'anus que d'une affection de la vessie. Dernièrement M. Guyon lithotritiait un malade qui, jusqu'au dernier moment, se plaignait d'une douleur à l'anus, le priant toujours d'examiner cette partie qui, pour lui, était le siége de tous les phénomènes douloureux.

Dans l'étude des autres symptômes, un premier point est de savoir comment se fait la miction. Presque toujours les malades urinent fréquemment; mais ce symptôme, comme tous les autres d'ailleurs, est souvent peu accusé. En tous cas, on doit l'analyser complètement et savoir si la miction est plus fréquente la nuit que le jour. La fréquence de la miction la nuit est rare chez ces malades, car une fois couchés, on peut dire d'eux qu'ils cessent d'être calculeux. Le jour, au contraire, la miction est fréquente, d'autant plus fréquente que le malade se livre à une locomotion plus active.

Les douleurs, chez les calculeux, sont aussi extrêmement variables ; elles sont quelquefois excessives, mais d'autres fois à peu près nulles. Quand elles existent, c'est surtout où le malade finit d'uriner; mais ce symptôme peut très-bien manquer, car il est des calculeux qui n'ont jamais souffert.

La douleur peut se montrer aussi en dehors des mictions, et, comme on peut le supposer, c'est surtout pendant les mouvements qu'on l'observe, le jour par conséquent; beaucoup de malades, en effet, sont calmés complètement par le décubitus. Mais l'analyse de cette douleur est souvent délicate. Le moindre mouvement est quelquefois pénible : un faux pas, l'ascension dans une voiture, peuvent la déterminer. La manifestation douloureuse est le plus ordinairement immédiate, mais assez souvent aussi, ne se produit que quelque temps après le mouvement. Ainsi chez quelques malades, une marche modérée n'amène aucun accident, mais si elle est prolongée au-delà d'un certain temps, la douleur commence à se montrer, et l'on peut dire de chaque malade en particulier qu'il présente un temps maximum, à peu près toujours le même, au delà duquel la marche amène des accidents douloureux. Cette douleur, d'ailleurs, présente ce caractère spécial que le repos la calme toujours et c'est là le signe qui permet de contrôler ce phénomène-douleur au point de vue du diagnostic. C'est fréquemment après une course forcée, après une fatigue extrême, que le premier symptôme douloureux se montre chez un calculeux, symptôme qui jusque-là ne s'était pas manifesté, parce que le malade n'avait pas atteint ce qu'on peut appeler une certaine dose de locomotion. Quant à celle-ci, le mode suivant lequel elle se fait a une très-grande importance dans la production du phénomène, et bien que les détails dans ce cas paraissent minutieux, il est nécessaire que le médecin s'en assure d'une façon complète, parce que l'interrogatoire sur ce point pourrait donner des résultats très-différents. Les calculeux, par exemple, supportent ordinairement très-bien le chemin de fer et peuvent y faire de très-longs trajets, tandis que la moindre course en voiture détermine des douleurs extrêmement vives. D'un autre côté, le genre de voiture même influe beaucoup sur ce résultat, et la locomotion dans les omnibus est beaucoup moins pénible qu'elle ne serait dans tout autre véhicule. C'est là même un bon moyen de diagnostic.

L'examen des urines a beaucoup d'importance; mais il ne faut pas se contenter de le faire pendant que le malade est au repos, car il serait alors fréquemment négatif ou tout au moins sans grande importance. Dans ces conditions, en effet, certains calculeux ont les urines claires, d'autres les ont troubles et renfermant du pus; elles peuvent être enfin acides ou alcalines et par conséquent présenter de grandes variations. Il faut avant tout se préoccuper de ce qu'elles sont quand le malade a marché ou a été en voiture. L'interrogatoire est alors suffisant sans que l'examen direct soit nécessaire. On apprend ainsi, par exemple, que, dans ces conditions, les urines sont souvent troubles ou colorées. Le premier de ces caractères échappe souvent au malade, mais non la coloration qui peut être rose, ou rouge, ou noire. Mais ici encore, comme pour la douleur, une distinction est importante à faire, c'est qu'il faut une marche assez longue pour que le sang paraisse dans les urines ; chez certains malades mêmes, elle doit être trop longtemps prolongée. Or quand le sang paraît dans l'urine après une marche longue, on est autorisé à supposter l'existence d'un calcul; si l'on contrôle le symptôme en s'assurant qu'il disparaît par le repos on acquiert presque une certitude. Mais si l'hématurie ainsi produite durait plus de douze heures, il faudrait craindre une complication.

Lorsque les choses se présentent dans ces conditions, que plusieurs de ces symptômes se montrent réunis ou même s'il en existe un seul et qu'il soit bien contrôlé, on doit conclure à l'existence d'un calcul et pratiquer le cathétérisme; si même on ne rencontre pas le calcul une première fois on doit recommencer son exploration.

A côté des phénomènes qui viennent d'être indiqués, s'en placent quelques-uns qui sont moins importants. Parmi eux, il en est un que l'on recherche presque toujours et qui ne se montre qu'exceptionnellement : c'est la modification brusque du jet d'urine qui se bifurque ou est interrompu plus ou moins complétement. S'il se montre si rarement, c'est que plusieurs conditions sont nécessaires pour le produire. La première est une condition anatomique et résulte de la disposition du col de la vessie ; il faut pour que cette suppression, qui est le résultat de l'engagement du calcul dans le col, se produise, que la vessie se contracte

régulièrement et totalement, et que son orifice occupe réellement le bas-fond de l'organe. Ces conditions ne se trouvent guère que chez l'enfant et chez l'adulte, et ce n'est aussi guère que chez eux que le symptôme s'observe. Chez les enfants surtout on voit le jet s'arrêter brusquement ou s'éparpiller après avoir commencé; ils ont quelquefois aussi de l'incontinence d'urine et ce peut être le seul symptôme qu'ils présentent; mais celle-ci ne peut se produire que si le calcul est petit, parce qu'il s'introduit alors dans le col de la vessie et la ferme incomplétement.

Quelques-unes de ces conditions se retrouvent chez l'adulte; mais ici, pour que le phénomène se produise, il faut que la pierre soit petite et légère et que la miction ait lieu dans la position verticale; si, au contraire, le malade urine couché, le trouble de la miction cesse de se produire; c'est là un point des plus importants pour le diagnostic, et sur lequel les malades attirent eux-mêmes souvent l'attention. Chez les sujets arrivés à l'âge auquel la prostate est développée, le phénomène ne se produit que si le calcul est très-petit, et encore devient-il à cet âge d'une très-grande rareté.

Il y a encore d'autres renseignements qui peuvent avoir leur utilité. Ainsi certains calculeux, qui ne se plaignent pas d'éprouver de phénomènes anormaux pendant la marche, éprouvent des sensations particulières au moment où ils se mettent au lit; ce mouvement détermine quelque chose de vague, un sentiment qu'ils expriment en disant qu'ils sentent quelque chose qui roule en eux; on voit du reste cette sensation se modifier après la lithotritie à mesure que la vessie se vide des fragments qu'elle contient. D'ailleurs, la lithotritie une fois faite, il y a encore des symptômes fonctionnels importants à étudier. Mais comme les malades gardent un repos à peu près absolu, c'est du côté des urines surtout que l'on doit porter l'attention. Avant l'opération, ces urines sont sales, troubles, et contiennent un dépôt glaireux. Après la première séance, ces urines peuvent être encore plus altérées; mais après les séances suivantes, elles s'éclaircissent de plus en plus, et cela sans qu'on ait rien fait pour les modifier directement. Cette observation est très-importante, car il suffit souvent d'un très-petit fragment pour maintenir les urines dans cet état anormal. Ce fait prouve donc que si l'on observe attentivement les symptômes fonctionnels après le lithotritie, on ne court pas le risque de laisser de la pierre dans la vessie, ainsi que l'ont craint les auteurs qui ont critiqué cette opération.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques*).

VARIÉTÉS

ÉLOGE DE DOLBEAU

Lu à la Société de chirurgie, par M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, secrétaire général de la Société de chirurgie.

On trouve, au pays de Bohême, une singulière et naïve croyance : à l'existence de chacun de nous correspondrait un livre dont les feuillets noirs ou blancs représenteraient les jours néfastes ou heureux. Le génie du bien s'efforce d'entremêler ces feuillets afin qu'un bonheur fasse oublier un malheur et qu'un sourire efface une larme; mais les esprits du mal, acharnés à notre perte, détruisent son œuvre, et, rassemblant sans interruption les pages noires et les pages blanches, nous plongent dans un abîme de maux pour abattre notre courage, ou nous endorment dans une prospérité sans nuages, afin de nous faire mieux sentir les coups d'une adversité sans bornes.

C'est par le bonheur que commença la vie de Dolbeau, le 2 avril 1830.

Choyé par des parents qui, sans être riches, avaient cependant une modeste aisance, il eut une enfance des plus heureuses, fit des études régulières au collége Saint-Louis et, jeune encore, vint frapper, sans vocation bien arrêtée, à la porte de la Faculté, confiant dans son étoile et dans sa bonne mine. Sur le seuil, il trouva Bérard qui, tout-puissant alors, formait avec Orfila et Dubois un triumvirat dont les conseils étaient des ordres et les décisions des arrêts. Bérard fut séduit par ce jeune homme qui pensait juste, parlait peu, et riait moins. Il étendit sur lui sa main puissante et cette chaude étreinte ne fut dénouée que par la mort. Assuré de la faveur de ses maîtres, soutenu par les sympathies d'amis alors nombreux et servi par des qualités de concours indiscutables, Dolbeau fournit en dix ans une carrière dont la rapidité vertigineuse a été bien rarement égalée.

Nommé 1er externe en 1850, interne en 1851, lauréat des hôpitaux en 1853, aide d'anatomie en 1854, prosecteur en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1858, il couronna ces brillants succès par l'agrégation, en 1860. Il avait, à 30 ans, conquis tous les grades qui, d'ordinaire, suffisent à l'ambition des plus difficiles.

« Les travaux de Dolbeau, relatifs aux voies génito-urinaires, travaux inspirés par la fréquentation de Civiale qui n'était plus à compter les chirurgiens qu'il attirait autour de lui et dont il voulait faire des lieutenants, dans la crainte de se créer des rivaux, lui avaient donné dans le public une grande notoriété, et quand son maître Nélaton alla voir à Chislehurst l'empereur Napoléon III, souffrant d'un calcul vésical, il déclina l'honneur de l'opérer et recommanda pour le suppléer son élève favori Dolbeau.

Celui-ci fut accepté; il se préparait à partir pour l'Angleterre, quand une haute influence lui fit préférer Thompson. On sait quel fut le résultat de ces tentatives de lithotritie; l'autopsie en démontra depuis toute l'inutilité; et, aujourd'hui que la mort et le temps ont apaisé l'ardeur des sympathies et des haines, on se prend à ne point regretter que l'empereur ne soit pas mort de la main d'un Français et que ce soit au contraire l'Angleterre, cette fois encore fatale au nom de Napoléon, qui ait fourni à son malheureux hôte le chirurgien de la dernière heure. »

Vient ensuite le portrait de Dolbeau comme professeur et comme chirurgien :

« Dolbeau fut nommé professeur de la Faculté en 1868. On se souviendra longtemps de cette élection, où les amis de Dolbeau remportèrent la victoire de haute lutte, où des professeurs se traînèrent mourants, à la Faculté, pour y porter leur vote, désireux de donner à Dolbeau cette dernière preuve d'amitié, et jaloux surtout de tenir le serment que Bérard leur avait fait prêter à son lit de mort.

Dolbeau débuta par un grand succès près des élèves. C'était un beau professeur. D'une taille au-dessus de la moyenne, Dolbeau fixait le regard, et il était impossible à qui l'avait vu seulement une fois de l'oublier.

Certes, aux derniers jours de sa carrière, dans cette figure au teint plombé, aux traits fatigués, on eût eu grand'peine à retrouver le Dolbeau vaillant et superbe de 1858. Je le vis pour la première fois à cette époque et je fus frappé par sa physionomie; il me sembla que j'avais devant moi quelqu'un, et ses traits me sont encore gravés dans la mémoire.

Je vois encore ce front large et légèrement fuyant, bien encadré par de longs cheveux bruns, ces longues paupières tombant sur de grands yeux noirs, ce nez hardiment busqué, ce menton saillant des gens tenaces, et surtout cette bouche aux dents blanches et bien rangées, aux lèvres fines, qui, par une mobilité

singulière, exprimait tour à tour la bienveillance, la réserve ou le sarcasme. Sa tenue était toujours correcte, il était de ces rares privilégiés qui savent porter l'habit; il le savait sans doute, car il le portait toujours.

Essentiellement autoritaire, il aimait à s'entourer d'un groupe nombreux d'élèves qu'il se plaisait à protéger, mais à la condition d'exercer sur eux un empire absolu. Il ne souffrait point la discussion, l'opposition encore moins, et l'on ne pouvait rester l'ami de Dolbeau qu'à la condition d'être son homme-lige.

Aussi l'astre vit-il graviter autour de lui de nombreux satellites tant que ceux-ci eurent besoin de la chaleur et de la lumière qu'il leur dispensait largement; mais le despotisme donne la soif de l'indépendance; et ses élèves, ses amis mêmes secouèrent les uns après les autres un joug qui leur pesait et que rendait encore plus tyrannique l'esprit ombrageux de notre collègue.....

Le respect de la douleur physique était chez lui poussé à l'extrême; d'une douceur exemplaire dans l'examen de ses malades, dans l'application de ses appareils et dans les pansements, il exigeait les mêmes soins de ses élèves, et leur faisait sentir durement, brutalement peut-être, quand leur main manquait de légèreté, que le plus sûr moyen pour arriver à un bon diagnostic est de procéder avec une extrême douceur, et que la première qualité d'un appareil ou d'un pansement est d'être supporté sans peine. Aussi affectionnait-il les bons panseurs, comme il les appelait; et plus d'un interne dut pendant toute une année sa disgrâce à la façon dont il avait, le 1er janvier, devant son chef, examiné une fracture et défait un pansement. D'un soin méticuleux pour ses opérations, il donnait à l'avance la liste exacte des instruments qui lui seraient nécessaires, se les faisait envoyer en double, afin de répéter à l'avance sur le cadavre, et ne commençait l'opération qu'après avoir passé une revue minutieuse des instruments, et assigné à chacun de ses aides son poste de combat.

Très-résolu, très-osé en apparence, Dolbeau se préoccupait longtemps à l'avance d'une opération qu'il jugeait devoir être épineuse; il en causait avec ses intimes, discutait avec eux les incidents fâcheux qui pourraient se présenter, et, chose curieuse, il avait besoin d'une sorte d'encouragement, d'entraînement communiqué par eux; bien plus, pour qui le connaissait à fond, cette préoccupation, cette inquiétude se manifestaient souvent dans l'exécution même de l'opération qu'il pratiquait. En apparence froid et impassible, il fixait de temps à autre l'aide préféré qui avait sa confiance, et il avait besoin, pour continuer avec toute sa liberté d'esprit, de cette approbation tacite, de cet encouragement muet qu'il lisait dans ses yeux. Enfin, détail bizarre chez un chirurgien, il avait horreur du sang.

Chirurgien très-élégant, il eût volontiers opéré comme écrivait Buffon. On l'a vu, à la suite d'une opération, revenir à plusieurs reprises sur l'ennui que lui causait une tache sur une de ses manchettes, et faire changer, dans le cours d'une amputation du sein, cinq ou six fois les alèzes, afin de pouvoir, disait-il, voir clair à ce qu'il faisait. On ne trouvait pas en lui le type de ces chirurgiens d'attaque qui, au milieu du sang qui les aveugle, poursuivent néanmoins leur but, et possèdent pour ainsi dire un œil au bout du doigt.

Dolbeau opérait et voulait opérer comme il disait, comme il écrivait, c'est-à-dire clairement. Cette horreur instinctive du sang ne fut pas sans influence sur la nature des travaux de notre collègue, et l'on peut voir, par quelques-unes des innovations qu'il introduisit dans la science, et entre autres choses par la lithotritie périnéale, qu'il eût désiré pratiquer les opérations les plus compliquées sans effusion de sang. La rupture ou la lésion des gros vaisseaux au cours d'une opération le préoccupait par-dessus tout, et on l'a vu maintes fois, à l'amphithéâtre de Beaujon, s'exercer à arracher, à énucléer des ganglions axillaires sans léser ces vaisseaux de la région....

Dolbeau avait surtout en horreur profonde ces transactions louches, ces compromis douteux entre médecins et chirurgiens qui auraient pris, dit-on, depuis quelque temps, une certaine extension et à la faveur desquels, si l'on en croit la rumeur publique, certaines fortunes se seraient élevées au détriment de la considération, ce précieux apanage que notre Compagnie a choisi pour devise : *E prositate decus*. Il s'élevait hautement contre de pareilles pratiques qui déshonorent, disait-il, le Corps médical, et, la violence de son caractère aidant, se donnait parfois le plaisir d'exécuter un des membres de ces associations occultes. C'était un soir de concours à l'Hôtel-Dieu; Dolbeau, sortant vers six heures, fut arrêté au passage sur les marches de l'hôpital par un homme que sa cravate blanche et son costume sévère désignaient comme un praticien de la ville. Nous nous tenions à distance, et nous pouvions diagnostiquer, à l'air aimable de notre collègue et aux signes d'adhésion qu'il donnait, qu'il s'agissait d'une opération proposée et acceptée; quand tout à coup la scène changea, Dolbeau se redressa furibond, le sourcil froncé : Tenez, Messieurs, nous cria-t-il en nous appelant du geste, regardez bien cet homme, c'est encore un de ces rabatteurs qui spéculent sur la bourse des malades et sur l'honneur des chirurgiens. Vous vous êtes trompé, Monsieur, ajouta-t-il en s'adressant au confrère confondu, je ne suis pas des vôtres, Et il lui tourna le dos.

Dolbeau est arrivé à son apogée. Il ne lui reste plus rien à envier, si ce n'est peut-être l'Académie, où il n'entrera qu'en 1872 avec deux voix seulement de majorité sur Voillemier, et voici que déjà son étoile va pâlir et qu'une série de malheurs va battre sa fortune en brèche.

Un jour Dolbeau s'aperçut que les forces lui manquaient; il était surmené, se fatiguait avec une extrême facilité, et se trouvait dans les conditions mauvaises où toute affection devient grave. Une pleurésie compliquée de gangrène pulmonaire se manifesta. J'ai sous les yeux la relation remarquable qu'a faite de cette longue et douloureuse maladie notre excellent collègue et ami le docteur Millard, et je ne sais ce que l'on doit le plus admirer, de la force d'âme et du courage qu'a montrés, à plusieurs reprises durant cette épreuve, notre malheureux collègue, ou de l'habileté et du dévouement de ses médecins. Dès le début il se sent fortement touché, se confie aux soins de Millard et de Béhier, accepte sans discussion leurs arrêts et se soumet sans hésiter à une première ponction. Cette ponction est sans effet. L'aiguille rencontre le tissu pulmonaire. Dolbeau se met à tousser, rejette presque aussitôt un crachat aéré et sanguinolent : Voilà le résultat de l'aspirateur, dit-il froidement et sans amertume.

Plus tard, quand Nélaton pratiqua une ponction à l'aide d'un gros trocart, il n'entra pas du premier coup dans le foyer, et Dolbeau sentit qu'il fallait comme un second effort pour faire pénétrer l'instrument. Quand cet obstacle fut vaincu : Maître, s'écria-t-il, vous êtes dans la cavité.

Cet admirable sang-froid se manifesta d'une manière plus étonnante encore, quand Nélaton jugeant l'opération de l'empyémie indispensabe, la pratiqua le mercredi 4 mai. Cette opération, faite *in extremis*, eut quelque chose de solennel et de touchant. Courage, mon ami, dit le vieux maître à notre collègue ; mon bistouri a été quelquefois heureux dans des circonstances graves, et je compte bien qu'il ne me trahira pas quand il s'agit de sauver mon élève préféré. Et l'opération commença. Contre l'attente de Nélaton,

le sang jaillit en abondance. C'est la mammaire externe, murmura Dolbeau. Une pince et du fil !

Après avoir débridé en dehors (c'est Millard qui parle) l'opérateur s'arrêta et pria Denonvilliers d'introduire à son tour le doigt dans la plaie. Tous deux sentirent le cœur battre sous leur index, de sorte que si Nélaton n'avait pas pris la sage précaution d'explorer les abords de l'orifice avant de débrider en dehors comme en dedans, il aurait pu blesser mortellement l'ami qu'il tenait tant à sauver.

Cette opération, dont les résultats immédiats furent si remarquables, ne put cependant conjurer les conséquences désastreuses que la maladie devait déterminer par la suite.

Nous voici arrivés à la dernière période de la vie de Dolbeau.

La terrible maladie qui a failli l'emporter, les souffrances morales que lui causées la désaffections des élèves, ont aigri son caractère et empoisonné sa vie.

Il vit de plus en plus seul ; ses anciens amis lui portent ombrage ; il voit partout des rivaux, des ennemis ; se confiant à peine à un petit nombre de fidèles, il ne se livre plus. Une occupation lui est chère, cependant : il a rêvé de satisfaire, dans l'hôtel qu'il se fait construire, aux idées de luxe et de bien-être qu'il a toujours nourries.

Dans son horreur pour tout ce qui est banal, il se plaît à orner cette demeure de modèles uniques, de tapisseries dont on a brisé les métiers, heureux de pouvoir posséder à lui seul des chefs-d'œuvre inédits ; il contemple avec orgueil les chevaux de luxe qui habitent ses écuries ; mais bientôt il puise dans ces jouissances mêmes une nouvelle source d'inquiétude et de chagrin. Dolbeau, grâce à sa fortune acquise, a fait face aux dépenses considérables de son installation fastueuse ; mais ce n'est pas tout ; il rêve de laisser sa famille riche. Il veut gagner beaucoup d'argent ; mais, pour cela, il faut se fatiguer beaucoup, et Dolbeau ne sent plus comme jadis ses forces obéir à sa volonté de fer. Elles le trahissent à chaque instant.

Il refuse pourtant toute consolation, et ses amis les plus chers, qui l'ont entendu plusieurs fois s'écrier lorsqu'il se croyait seul en se frappant le front : «Dieu ! que je suis malheureux ! » sont cependant réduits au silence par la volonté absolue de Dolbeau de cacher son mal et de souffrir seul.

Il ne veut même pas qu'on l'interroge sur sa santé. Il continue avec un courage héroïque son cours à la Faculté, son service à l'hôpital, ses opérations en ville, et partout il arrive à donner le change et à dissimuler ses souffrances.

Sa consultation seule dans son cabinet avait éclairé quelques clients ou quelques amis sur l'étendue et la gravité de son mal. On le voyait écouter d'abord avec attention ; puis bientôt son regard devenait vague ; ses yeux se fermaient à demi, et il tombait dans un état de somnolence intermédiaire entre le sommeil et la veille qui lui permettait de suivre ce qu'on lui disait, mais lui interdisait de prendre part à l'entretien.

Cet état maladif devait avoir une fin. Un jour, en donnant une consultation, il eut une syncope presque complète.

Il se rendit néanmoins à la Faculté, où il fit passer des examens. De là, il se retira dans le vestiaire, souffrant, disait-il, de la tête, et s'assit complètement absorbé. Il resta seul dans cette salle, et ce ne fut que vers six heures qu'il fut transprté chez lui, dans un état de dépression extrême. Bientôt il perdit connaissance, une hémiplégie se manifesta, et, le lendemain Dolbeau mourait sans avoir recouvré l'intelligence. Il avait alors quarante-sept ans, et le 10 mars 1877 vit s'éteindre cette vie si favorisée du sort à ses débuts, si tristement éprouvée à la fin.

J'ai terminé, Messieurs. Au moment de tracer le dernier mot de cet *Eloge*, je me sens pris d'une certaine crainte, et je me demande avec inquiétude si j'ai rempli la mission qui m'était confiée, et si je n'ai pas trop accentué les ombres du portrait de Dolbeau. Certes la louange n'a pas été ma seule préoccupation, Dolbeau ne l'eût pas voulu. J'ai cherché à retracer la vie et le caractère de notre collègue avec ses qualités et ses imperfections ; et j'espère qu'en relisant ces lignes écrites sans passion, sans parti pris, on reconnaîtra que Dolbeau fut un chirurgien : bien plus, chose assez rare à notre époque où les cacactères commencent à s'effacer, où les vertus comme les vices semblent taillés sur un modèle uniforme. Dolbeau fut un caractère, et, suivant l'heureuse expression d'un de ses disciples les plus aimés et les plus fidèles : *ce fut un homme.*

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. DÉCEMBRE, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr M., 697, 9 janv.

Vous êtes fondateur, puisque votre no est inscrit sur la bande. — Si le journal arrive irrégulièrement, réclamer à la poste en toute sécurité. Nous sommes certains de nos envois. Vous avez été inscrit en vertu de votre lettre du 1er janvier 1878. — Pour plus de régularité, veuillez nous faire parvenir la formule signée.

— Dr C., 640, 10 janv.

La réponse à votre question est contenue dans la correspondance du no 2, pour un cas semblable au vôtre.

— Dr M., 725, 11 janv.

Votre confrère est inscrit à votre recommandation. Vous êtes fondateur. — Voilà six mois que nous examinons la question de ce genre de fournisseur. Vous aurez bientôt satisfaction. — Quant à la représentation, nous ne pouvons nous occuper de ce côté de la question.

— Dr E., 372, 11 janv.

« *Convaincu des bons résultats que doit produire votre initiative heureuse, je fais tous mes efforts pour grossir le nombre de nos adhérents.* » Nous inscrirons le Dr V. — Merci.

— Dr P., 761, et Dr C., 201, 12 janv.

« *N'y aura-t-il pas une table des matières du journal? Ferez-vous un ou deux volumes : Un seul me paraît préférable.* »

Nous réclamons un peu de temps pour la confection de cette table, qui sera exécutée.

— Dr C., 201, 14 janv.

L'étude en question est pleine d'intérêt. Les injections sous-cutanées de morphine rendent de plus grands services que le chloroforme lui-même. C'est, à notre avis, le progrès thérapeutique le plus effectif accompli depuis longtemps. — Votre observation est transmise à la maison W... — Nous avons déjà dit que cette publication n'était pas encore opportune.

— Dr K., 536, 12 janv.

Nous mettons à profit vos idées sur l'exécution de l'annuaire. — Oui, sans doute, l'inégale répartition des médecins tient à ce fait que, par défaut d'un annuaire explicite, le jeune docteur ne sait où se caser avantageusement, rentre dans son pays, se berce d'illusions et finit par se fixer où il ne peut vivre convenablement et cela au détriment de ses voisins.

— Dr C., à St-de-V., 13 janv.

Voilà la deuxième fois que le numéro réclamé vous est envoyé. Prière de réclamer à la poste.

— Dr B., 134.

Il y a bien du vrai dans votre lettre, mais que de difficultés et que d'interprétations, — les diverses formes d'assurance sont de véritables caisses d'épargne. — Un de nos exposés, étudié depuis trois mois est à l'impression, vous donnera prochainement satisfaction sur un des points signalés.

— Dr O., à L. (Nord), 17 janv.

Votre observation a été transmise à M. M., pour qu'il se mette en mesure. — Citation a été faite dans le même article. — Nous serons heureux de votre visite. Un mot pour nous aviser et, dans tous les cas, le lundi, mercredi et samedi, de 3 à 5 heures.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 5 31 janvier 1880.

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie a eu lieu l'élection d'un membre correspondant dans la section de chimie et de pharmacie ; M. le Dr Loir, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, a été nommé à la presque unanimité.

M. Roger a annoncé la mort de M. Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, correspondant de l'Académie depuis 1874, et ancien concurrent, et concurrent fort brillant, de M. Gavarret à la chaire de physique de la Faculté de Paris. Si ce souvenir pouvait déterminer M. Gavarret, inspecteur général de l'Université, à plaider la cause du concours devant le Ministre?

— M. Polaillon, candidat, a lu un travail intéressant sur divers points de la physiologie du muscle utérin. Nous donnerons une analyse de ce savant mémoire dans un prochain numéro.

REVUE D'HYGIÈNE

DE L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS.

Le seul moyen, réellement scientifique, de juger la valeur de l'alimentation des nouveau-nés est la pesée. La balance fournit les moyens de constater l'état de santé ou de maladie de l'enfant. C'est un juge infaillible auquel on devrait toujours avoir recours dans la pratique.

A la naissance le poids moyen des garçons est de 3 k. 375 maximum 4 k. 125
filles 3 k. 250 » 4 k. 250

Le premier jour l'enfant perd 50 grammes et 35 le second. Cette perte serait due à l'évacuation de l'urine et surtout du méconium et au défaut d'assimilation du colostrum.

L'enfant bien nourri doit augmenter de poids à partir du troisième jour.

Voici la moyenne de l'augmentation *journalière* pendant chaque mois :

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois
25 gr.	23 gr.	22 gr.	20 gr.
5 mois	6 mois	7 mois	8 mois
18 gr.	17 gr.	15 gr.	13 gr.
9 mois	10 mois	11 mois	12 mois
12 gr.	10 gr.	8 gr.	6 gr.

Voici d'ailleurs le tableau que nous empruntons à la thèse de M. Bouchaud et qui est destiné à montrer les différentes phases par lesquelles passe l'enfant jusqu'au douzième mois

Mois.	1	2	3	4	5	6
Augmentation.	750	700	650	600	550	500
Poids moyen. 3 kil 250 gr.	4000	4700	5350	5950	6500	7000

Mois.	7	8	9	10	11	12
Augmentation.	450	400	350	300	250	200
Poids moyen. 3 kil. 250 gr.	7450	7850	8200	8500	8850	8050

Sans doute, aucun enfant ne suivra cette progression. Les différentes causes qui font varier l'accroissement sont trop nombreuses pour cela. Ces nombres n'en sont pas moins très-admissibles et très-importants à retenir.

En pesant le nourrisson avant et après la mise au sein, on constatera d'après M. Bouchaud (*Thèse de Paris*, 1864) qu'il absorbe :

Le 1er jour, 30 grammes de lait.
Le 2me — 150 — —
Le 3me — 450 — —
Le 4me — 550 — —
Le 2me mois par jour, 650 grammes.
Le 3me — — 750 —
Le 4me — — 850 —
Et du 6me au 9me mois, 930 grammes par jour.

Cette déperdition d'éléments nutritifs aux dépens de la mère doit fatalement entraîner chez elle un dépérissement plus ou moins prononcé suivant sa constitution. Aussi est-ce là un puissant argument en faveur de l'allaitement mixte.

L'allaitement maternel n'a pas besoin d'être défendu ici et nous n'insisterons pas. L'allaitement mixte est un fait, et, comme le disait Lorrain, il ne faut discuter que sur l'opportunité de cette pratique, suivant l'âge de l'enfant et une foule de circonstances. C'est surtout dans les villes que ce genre d'alimentation est pratiqué. Les ouvrières de fabrique, celles qui travaillent hors de leur domicile et qui ne peuvent faire la dépense d'une nourrice, sont obligées d'avoir recours à l'allaitement mixte, n'est-il pas évident que la maladie de la mère, la suite de couches laborieuses, le peu d'abondance du lait, mille circonstances, rendent nécessaire l'allaitement mixte. Cependant, comme l'expérience apprend que l'allaitement mixte prématuré est souvent préjudiciable à la santé des grandes villes, le devoir du médecin sera d'éclairer à cet égard les femmes qui, n'y étant pas absolument forcées, voudraient y avoir recours. Voilà dans quelles limites se circonscrit cette question. Si une femme met au monde deux enfants, et qu'elle soit pauvre, il faudra bien se résigner à la voir employer l'allaitement mixte ; de même si son enfant est exceptionnellement fort et l'épuise; enfin si la santé de la mère est mauvaise. il vaudra mieux transiger ainsi que de tuer la mère au profit d'un principe. Quant aux médecins qui exercent leur art dans les classes riches, dit encore Lorrain, ils pourront souvent, sinon toujours, imposer l'exécution absolue des règles de l'hygiène. Ils sauront exiger qu'une femme nourrisse; ils feront bien de lutter contre cette pratique pernicieuse d'un allaitement plus apparent que réel qui sert mieux la tendresse ou la vanité d'une mère pénétrée de ses devoirs ou des exigences du monde, que les intérêts de l'enfant, victime innocente dont le médecin est l'avocat naturel. On devra toujours se souvenir de cet axiome, qu'à l'œuvre on reconnaît l'artisan, et qu'un enfant bien nourri (quel que soit le mode d'allaitement) est celui qui profite bien de la nourriture qu'on lui donne.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ce sujet parce que nous avons hâte d'arriver à une question plus controversée, nous voulons dire l'allaitement artificiel.

Aucun médecin ne peut être partisan absolu de ce mode d'allaitement qu'il doit combattre au contraire ou bien quand la mère a suffisamment de lait et, par conséquent, peut nourrir elle-même son enfant, ou bien quand la mère étant incapable, pour des causes multiples, d'allaiter elle-même son enfant, peut, grâce à sa position dans le monde, payer une nourrice mercenaire. Mais, même dans ces cas, le cri d'alarme jeté par MM. Donné, Bertillon et Brochard n'a pas peu contribué à faire donner la préférence dans les familles à l'allaitement artificiel. Quel mode d'allaitement en effet peut être plus désastreux que celui qui cause à notre pays une perte nette de *cent mille enfants* par an.

Et puis le ménage étant pauvre, la mère travaille et a besoin de reprendre vite ses forces, elle n'a pas le moyen non plus de prendre sur son propre organisme souvent mal nourri, la somme de substances azotées que le nouveau-né emploie pour son accroissement, pas plus qu'elle n'a le moyen d'entretenir une nourrice sur lieu ou d'envoyer son enfant dans une lointaine campagne à une nourrice mercenaire.

Dans ces condition l'allaitement artificiel s'impose, et les médecins qui ne le veulent pas voir manquent à leur devoir.

Comme on condamnait l'allaitement artificiel, aucun médecin sérieux n'avait voulu l'étudier. On se servait d'instruments plus ou moins défectueux pour contenir le lait, et aucun traité d'hygiène ou d'accouchement ne s'occupait de cette question abandonnée à la routine, et au charlatanisme.

C'est que l'allaitement artificiel était condamné. Il y a eu dans cette question une invasion du romantisme dans la médecine. Les déclamations de Rousseau, pour pompeuses qu'elles soient, ne donnent pas de lait aux femmes qui n'en ont pas, à celles que les conditions du milieu ont assez transformées pour faire de la mamelle un organe atrophié et inutile, non plus que d'argent pour payer la nourrice.

Si l'allaitement artificiel s'emploie, il est légitime de l'étudier. C'est ce que quelques-uns de nos confrères ont fait d'ailleurs dans ces derniers temps. Il a même été question, un instant, d'étudier scientifiquement à l'hôpital des Enfants Malades ce mode d'allaitement. Citons ici les noms de MM. Coudereau et Grangé et une discussion récente à la Société française d'hygiène.

Nous allons résumer le mémoire de M. le Dr Grangé et la discussion qui en été la suite.

L'allaitement artificiel, tel qu'il est pratiqué le plus ordinairement, dit le Dr Grangé est souvent funeste à l'enfant. Aussi, en présence du développement qu'il prend, son étude s'impose-t-elle à tous ceux qu'intéresse la question de l'enfance.

Il faut donc examiner les règles qui lui sont applicables afin d'en obtenir le meilleur résultat possible. Et une étude de ces conditions nous semble d'autant plus nécessaire que, la plupart du temps, c'est sous l'empire d'une foule de préjugés que ce mode d'allaitement est dirigé.

Nous plaçons au premier rang le *coupage* du lait de vache.

Une observation journalière m'a mis à même de

constater, dit M. Grangé, qu'en coupant le lait comme on le fait habituellement et par routine, les enfants sont presque toujours voués à une mort certaine, à la mort par inanition.

Voici, du reste, comment la chose se passe le plus souvent : l'idée généralement répandue est que le lait de vache est *trop fort*. Alors, dès que la mère veut nourrir son enfant au biberon, elle coupe le lait; elle ajoute, par exemple, un quart d'eau. Si ce mélange peut être utile dans les premiers jours de la naissance, l'enfant finit bientôt par n'y plus trouver, comme nous espérons le démontrer plus loin, les éléments nécessaires à sa nutrition, et, au bout de peu de jours, il est pris de diarrhée et de vomissements.

Aussitôt on consulte des commères, des sages-femmes même, qui ne manquent jamais de déclarer sentencieusement que « c'est de l'inflammation. » « Le lait que vous donnez à votre enfant est trop fort, disent-elles, coupez-le.

— Mais je le coupe, répond la mère, je le coupe d'un quart.

— Coupez-le de moitié ! » et la prescription est exécutée fidèlement.

La diarrhée et les vomissements continuent de plus belle, un amaigrissement considérable survient, le ventre se ballonne, en un mot, il y a symptômes d'atrepsie. On consulte de nouveau la voisine ou la sage-femme qui ne manque pas de dire : — « Voyez-vous ce gros ventre, c'est la preuve de l'inflammation, diminuez encore le lait, coupez-le davantage, vous le coupez de moitié, mettez maintenant les trois quarts d'eau, » et après un mois et demi, deux mois, au plus, d'un tel régime, l'ignorance et la routine ont fait une victime de plus !

Les accidents causés par le lait coupé sont d'autant plus graves et plus rapides que ce n'est pas toujours avec de l'eau pure que le mélange est fait, mais aussi avec des infusions ou des décoctions essentiellement fermentescibles, comme des décoctions de gruau, de guimauve, de graines de lin, décoctions dont l'usage et l'abus chez l'adulte causeraient infailliblement de l'embarras gastrique ; et l'on voudrait qu'un enfant de quelques mois résistât à l'emploi de ces mélanges qui, même dans le biberon le mieux entretenu, produisent par leur fermentation une odeur repoussante.

Quand il s'agit de ces mélanges de lait et de décoction fermentescibles qui causent si rapidement, surtout pendant les chaleurs, des vomissements et de la diarrhée, je sais que je ne serai contredit que par peu de médecins, aussi n'insisterai-je pas sur ce point. — Mais quant aux mélanges de lait et d'eau la question est plus controversée.

Elle ne le serait pas tant si l'on voulait bien prendre en considération que, dans l'allaitement artificiel, on doit chercher à imiter le mieux possible l'allaitement maternel, et comparer les résultats obtenus par le biberon avec le lait pur et avec le lait coupé d'eau.

Ce sont là les problèmes que nous avons cherché à résoudre dans cette note, surtout au point de vue pratique, avec l'aide des observations que nous avons recueillies dans le service de crèche qui nous est confié.

Recherchons donc la quantité de lait que prend un enfant à la mamelle, et ce que représente cette quantité de lait, comme valeur nutritive.

Un enfant tétant régulièrement prend environ, dans

le premier mois.	560	à	620	gr. de lait.
Après le premier mois. .	—		650	—
Après le troisième mois.	—		750	—
Après le cinquième mois.	—		850	—
Du sixième au neuvième mois, de.	950		1000	—

Que représentent ces quantités de lait ?

Prenons, par exemple, l'enfant après le troisième mois : il prend 750 grammes de lait maternel. Or, la moyenne des matériaux solides des laits de femme oscille entre 10,50 à 12 0/0. Arrêtons-nous au chiffre de Bouchardat, il est de 11,01 : les 750 gr. de lait de femme contiennent donc 82 gr. 5 de matériaux nutritifs *plastiques* et *respiratoires*.

Et l'enfant de 3 à 4 mois, élevé au biberon, que va-t-il trouver dans ces 750 grammes de lait de vache, si on le coupe d'un tiers d'eau ? Les matériaux solides du lait de vache étant représentés par 13 gr. 3 0/0, si le lait est d'excellente provenance et pur, il ne trouvera plus que 66 gr. 5 de matériaux nutritifs. Mais ce n'est pas seulement dans cette proportion qu'on fait le mélange, on coupe le lait de vache quelquefois de moitié, alors ce n'est plus que 49 gr. 8; et si l'on a la barbarie d'y ajouter les 3/4 d'eau comme je l'ai vu, et comme le conseillent certains auteurs, il ne trouvera plus que 24 gr. 9.

Or, l'enfant, dans les trois premiers mois de la naissance augmente de 1,800 grammes environ, où donc puisera-t-il les matériaux nécessaires à cet accroissement? Ainsi, l'enfant élevé au sein trouvera dans le lait de sa nourrice pour réparer ses pertes et augmenter de poids 82 gr. 5 dans les vingt-quatre heures et l'enfant élevé au biberon, avec du lait coupé, ne trouvera, lui, que 66 gr. 5, 49 gr. 8 et 24 gr. 9, selon le coupage, et encore faut-il supposer que le lait est d'excellente provenance.

Comment ne pas voir que cet enfant est destiné fatalement à mourir d'inanition, et comment ne pas comprendre que c'est là une des causes les plus importantes du chiffre énorme de la mortalité chez les enfants élevés au biberon ?

Grisolle avait observé, dans son service de nouveau-nés, que des enfants nourris avec le *lait pur* du *commerce* de Paris mouraient avec tous les symptômes de l'inanition, et il arrêta cette mortalité en donnant un lait d'origine certaine et de pureté garantie (1).

Voyons donc sur quelles idées théoriques repose ce préjugé du *coupage* du lait de vache.

L'usage qui veut que l'on étende d'eau le lait de vache provient de l'idée exagérée que l'on se fait de la richesse de ce lait. On voit, en effet, dans tout ce qui a été écrit sur ce sujet, que le lait de vache pur est

(1) Regnault. Thèse de Paris, 1869.

regardé comme trop fort, à cause de la quantité de beurre et de caséine qui y sont contenues.

Nombreuses sont les analyses et les moyennes de composition des laits de femme et de vache.

Il n'est pas inutile de mettre en présence quelques-uns de ces résultats comparés, non pas que je veuille choisir dans ces résultats différents celui qui sera plus favorable à l'opinion que je soutiens; loin de là, je prendrai, au contraire, les chiffres qui me sont les plus défavorables.

Voici d'abord les chiffres de Bouchardat et Quevenne :

	Caséine et albumine.	Beurre.	Sucre.	Sels.
Vache.	3,71	3,84	5,32	5,32
Femme.	1,36	2,07	7,42	7,42

Voici les moyennes des analyses d'un très-grand nombre d'auteurs, d'après Gautier.

	Caséine et albumine.	Beurre.	Sucre.	Sels.
Femme.	1,9	4,05	5,3	0,48
Vache.	3,6	4,5	5,5	0,40

Or il ressort de l'examen de toutes ces analyses :

1o Que c'est à tort et par routine que l'on regarde le lait de vache comme trop riche, par la quantité de beurre, ces quantités sont sensiblement égales d'après la plupart des analyses.

2o Que la vraie différence entre le lait de femme et le lait de vache porte sur le chiffre des matériaux azotés : caséine et albumine. Examinons chacun de ces points :

1o De la quantité de beurre :

Je dis que la plupart des analyses, surtout les analyses récentes, et tout le monde sait que les procédés analytiques se sont évidemment ressentis des progrès de la chimie ; je dis que la plupart de ces analyses montrent qu'il n'y a pas de différences entre les deux laits en tant que quantité de beurre. Mais je vais plus loin, prenons les chiffres de Bouchardat et Quevenne.

Or, sans attacher l'importance que l'on mettait autrefois dans la distinction des aliments respiratoires et plastiques, nous sommes cependant en droit de dire que si, d'après l'analyse de Bouchardat, le beurre qui est un hydrocarbure entre pour 3,85 0/0 dans le lait de vache, il n'est accompagné d'après la même analyse que de 5,32 0/0 de sucre de lait, autre hydrocarbure. Qu'au total il entre dans le lait de vache 9,17 0/0 d'hydrocarbure ou d'aliments respiratoires. Dans le lait de femme nous trouvons moins de beurre, il est vrai, mais le sucre de lait y est en plus grande quantité, et, en somme, les hydrocarbures y sont représentés par 9,49 pour 100.

Je sais bien, il est vrai, que l'on m'objectera peut-être que le beurre est de digestion difficile chez l'enfant ? C'est encore là, du moins à notre avis, un préjugé qui ne supporte pas un examen sérieux.

Le foie, en effet, n'est-il pas déjà en fonction avant même la naissance, et son volume n'est-il pas alors proportionnellement plus considérable que celui de l'adulte ? De plus, tout le monde sait que les corps gras, l'huile de foie de morue, par exemple, est supportée par les enfants même très-jeunes et cela même pendant l'été? aussi ce n'est pas sans un certain étonnement que j'ai vu MM. Despine et Picot conseiller l'usage d'une cuillerée de ce médicament pour combattre la constipation chez les enfants. Pour ma part, je n'ai jamais vu, malgré des expériences réitérées, se produire, dans ces conditions, le moindre effet purgatif, justement parce que l'huile de foie de morue est digérée et brûlée dans l'organisme. L'huile de foie de morue ne purge que quand on arrive à l'intolérance.

On peut donc admettre que la sécrétion biliaire chez l'enfant est suffisante pour rendre assimilables les matières grasses contenues dans le lait de vache. On pourrait encore cependant élever une nouvelle objection. Ces matières grasses seront-elles brûlées ou bien créeront-elles, par leur emmagasinement dans l'organisme, des surcharges graisseuses de certains tissus? La question peut être résolue, si l'on tient compte des faits suivants : un adulte selon Pettenkofer et Voït, a besoin de 488 grammes d'hydrocarbure par jour, il pèse six fois plus que l'enfant d'une année, mais il absorbe trois fois moins d'oxygène que lui, dans le même temps. Si l'on recherche alors ce que cette quantité d'oxygène permet à un enfant d'une année de brûler d'hydrocarbure, on arrive au chiffre de 200 grammes, bien inférieur, comme on le voit, à celui qu'il consomme en effet. Loin de craindre de donner à l'enfant une trop grande quantité de matières grasses, M. Grangé a souvent augmenté leur proportion en ajoutant au lait pur un jaune d'œuf délayé, il n'en a retiré que des avantages.

Enfin, à supposer même que le lait de vache soit *trop fort,* à cause du beurre et de la caséine qu'il contient, quel résultat obtiendra-t-on en l'étendant d'eau? La même quantité de beurre y existera; si l'enfant absorbe, par exemple, 750 grammes de lait, étendu du tiers ou de la moitié d'eau, ou s'il en absorbe moins, il ne trouvera qu'un chiffre insuffisant, non-seulement d'hydrocarbure, mais encore de caséine.

Pour notre part, nous croyons que ce développement du ventre, qui se rencontre si souvent chez les enfants élevés au biberon, a justement pour cause cette quantité réellement considérable d'eau qu'il est forcé d'absorber pour se nourrir. Chez des enfants élevés au biberon j'ai noté souvent une dilatation anormale de l'estomac et chez ces enfants les embarras gastriques sont très-fréquents.

Pour nous résumer sur ce point, nous posons l'alternative suivante : ou bien l'enfant prend, non-seulement la même quantité de beurre qui vous effraie tant, augmentée d'une quantité d'eau qui lui est nuisible; ou bien il absorbe de l'eau à la place des éléments normaux de la nutrition qu'il trouve dans le lait de femme, et dont on le prive pour se rapprocher de la nature !

Mais ce n'est pas seulement par la quantité du

beurre que le lait de vache est *trop fort,* il l'est aussi, dit-on, par la proportion des matériaux azotés.

Nous ferons observer tout d'abord, et c'est ce qui constitue notre deuxième point, que chez la femme elle-même, rien n'est variable comme le chiffre qui représente ces matériaux. On peut se convaincre par les résulats des analyses de Simon que, chez la même femme et à des époques différentes de la lactation, les chiffres oscillent et se rapprochent parfois de ceux fournis par les analyses du lait de vache.

Nous pouvons faire remarquer en outre avec Wundt « que, dans les organismes en voie de développement, les substances azotées sont indispensables à l'accroissement des différents tissus. »

Et puis, qui donc a démontré que l'enfant ne digérait pas les matières azotées : caséine et albumine? Et cependant, par routine, on continue de considérer ces matériaux azotés du lait comme de digestion difficile, sans rechercher d'une manière positive et cliniquement s'il n'y a pas là une autre question qu'une quesiion de digestibilité; il y a, en effet, une question de quantité, comme nous le verrons plus loin. Mais avant, je veux dire quelques mots d'un troisième élément contenu dans le lait : le sucre de lait. Nous en avons parlé plus haut d'une manière incidente et nous avons dit que l'on ne devait pas oublier que ce sucre est un hydrate de carbone et, qu'au point de vue physiologique, il devait être rapproché des matières grasses.

Ce sucre de lait, pour être absorbé, n'a pas *besoin d'être converti*, comme cela est nécessaire pour le sucre de canne.

C'est un point que l'on oublie trop dans l'allaitement artificiel.

En effet, on pose souvent au médecin cette question : faut-il sucrer le lait de l'enfant ?

Beaucoup, considérant que le lait de vache contient moins de sucre que le lait de femme, disent qu'il faut en ajouter.

Telle n'est pas notre manière de voir, et pour faire comprendre pourquoi je ne peux mieux faire que de reproduire textuellement l'analyse d'un travail du professeur Filippo Lussana, sur l'alimentation des enfants, analyse faite par le Journal des Sciences médicales.

1° Il est démontré depuis longtemps que la salive des mammifères, dans les premières semaines de leur vie, *ne possède aucune action saccharifiante sur les substances amylacées* et que, par conséquent, elle ne peut les digérer (Bidder et Schmit, Schiff, Albertoni). Le cabiai seul fait exception : il est bien démontré que dès la première semaine de la vie, sa salive possède cette propriété, mais on sait d'ailleurs, qu'à peine né ce petit animal est en état de pourvoir à son alimentation et qu'il possède suffisamment de dents. Chez les autres animaux qui tétent, la faculté qu'a leur salive de digérer les subtances amylacées ne semblent apparaître qu'avec l'époque de la dentition. Ce fait est parfaitement démontré chez les enfants.

Il est particulier que chez les enfants à la mamelle la salive privée du pouvoir saccharificateur ou diastasique ne renferme pas de sulfocyanure, pas plus que la salive des animaux carnivores, laquelle non plus ne possède la propriété diastasique (chien, chat) (Bernard, Schiff, , Albertoni, Lussana).

2° Les expériences de Sonsino et de Schiff ont démontré que l'infusé du pancréas récent des mammifères à la mamelle, de l'âge de une ou deux semaines (comme chat, chien, lapin) ne jouit pas de la propriété de saccharifier l'amidon, malgré un contact assez prolongé ; tandis que l'infusé pancréatique de ces mêmes animaux adultes possède un pouvoir saccharifiant très-énergique. L'analogie nous fait suposer que ehez les enfants également le pancréas n'acquiert le pouvoir diastasique qu'à une certaine époque de la vie. De là l'inopportunité de donner aux enfants à la mamelle, avant le temps voulu, des aliments féculents.

3° L'instinct, qui d'habitude anticipe sur les arrêts de la science, avait déjà appris à nos femmes du peuple qu'il est bon de mâcher et d'ensaliver les bouchées de pain et la bouillie qu'elles administrent à leurs nourrissons lorsqu'elles ont une sécrétion laiteuse insuffisante et cela au moment où le lait ne peut être remplacé sans inconvénient. C'est un usage suivi par les femmes de la Lombardie, de la Vénétie et de la Toscane et peut-être bien par les femmes des autres parties de l'Italie et dans d'autres pays. Pratique peu orthodoxe en matière d'allaitement, mais tout à fait physiologique.

Tout le monde sait que cette pratique répugnante a cours dans nos campagnes.

Puisque chez le nouveau-né et durant encore pendant les premiers mois de la vie la salive n'a pas le pouvoir de saccharifier les féculents et pas plus celui de convertir le sucre de canne en glycose, il est bien inutile d'en ajouter dans le lait de vache donné au biberon.

Si l'on doit ajouter du sucre, c'est en tout cas au sucre de lait lui-même que l'on devra recourir. Mais puisque le sucre de lait est un hydrocarbure, on ne doit pas oublier que, si dans le lait de vache il est en moindre quantité que dans le lait de femme, on ne doit pas oublier, dis-je, que dans le lait de vache il y a par contre les corps gras, c'est-à-dire des hydrocarbures dont le chiffre l'emporte sur celui des matières contenues dans le lait de femme. Toutes ces raisons font bien voir qu'il est inutile d'ajouter du sucre dans le lait.

De la quantité de lait — Parlons maintenant de la quantité de lait qui doit être donnée par biberon. Nous avons dit, en effet, que si l'on avait à reprocher certains accidents à l'allaitement artificiel, c'était moins le fait d'un lait trop fort que celui d'une quantité trop grande de lait donnée à la fois. Le professeur Parrot a signalé avec justesse cette cause d'athrepsie. Si l'on observe les femmes qui allaitent artificiellement leur enfant, on verra que la plupart remplissent le biberon et abandonnent dans le berceau enfant et biberon. Cette quantité de lait en se coagulant forme dans le tube digestif une grosse masse qui joue le

rôle de corps étranger, c'est-à-dire un rôle mécanique, d'où la diarrhée, les vomissements et bientôt tout le cortége des accidents causés par l'allaitement artificiel ; mais, il faut bien le reconnaître, de l'allaitement artificiel, mal dirigé.

Il faut donc imiter la nature et ne mettre dans le biberon qu'une quantité de lait à peu près correspondante à la quantité de lait que prend un enfant du même âge et élevé au sein.

Or, si l'on cherche par des pesées faites avant et après les tétées ce que prennent les enfants élevés au sein, on voit que les tétées varient entre 12 et 35 grammes et pour les fortes tétées entre 60 et 80 grammes.

On ne devra donc pas chaque fois que l'on donne le biberon remplir ce dernier. D'ailleurs celui-ci doit toujours être tenu à la main et il doit être retiré dès que la faim de l'enfant paraît satisfaite.

Ainsi donc, pour nous, il y a deux conditions essentielles qui doivent être remplies pour que l'allaitement artificiel donne les moins mauvais résultats possibles : 1° donner le lait pur; 2° veiller à la quantité de lait prise à chaque tétée.

Le Dr Laurent a contesté les résultats obtenus par M. le Dr Grangé, se basant sur un certain nombre d'hypothèses et, entre autres, sur cette idée que les enfants élevés au lait coupé n'avaient jamais de gourme, que la gourme était le résultat d'une nourriture trop forte.

M. le Dr Guibout est venu apporter l'appui de son expérience personnelle aux idées soutenues par M. Grangé. Il déclare pouvoir diviser en deux classes les enfants amenés à sa consultation de l'hôpital Saint-Louis.

1° Les enfants élevés au lait coupé, — enfants chétifs à figure de vieillards, — maladifs, — avec le gros ventre ; le carreau, la scrofule. 2° Les enfants élevés à l'aide d'aliments grossiers et qui étaient amenés pour des accidents analogues. Entre ces deux sortes de nourriture, il y en avait une vraie, excellente, surtout quand elle est conduite judicieusement, c'était le lait, le lait pur et surtout le bon lait.

Il a remarqué que les enfants élevés dans cette dernière condition résistaient bien mieux quand ils devenaient malades, que les premiers qui meurent presque toujours quand ils ont par exemple, une bronchio-pneumonie.

Nous espérons que cette question de l'allaitement artificiel continuera à être étudiée et nous sommes convaincus que c'est un devoir absolu pour le médecin ne pas abandonner à l'ignorance et à la routine le plus dangereux, le plus difficile des modes d'alimentation du nouveau-né.

Dr P.

DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

Nous avons résumé dans un précédent article un certain nombre de travaux nouveaux sur la question de l'alimentation par le rectum. Un travail récent, de M. le Dr Chevallier (Thèse de Paris, 1879), nous permet aujourd'hui de revenir sur quelques points de ce sujet intéressant au point de vue physiologique et pratique. Les conclusions de M. Chevallier diffèrent beaucoup de celles que nous avions émises, nous croyons devoir les faire connaître *in extenso*.

Règles pour l'administration des lavements nutritifs. — Voici maintenant quelques règles qu'on ne doit pas oublier lorsqu'on veut administrer des lavements nutritifs. Elles sont dues à l'expérience. Avant d'introduire une substance nutritive dans l'intestin, il faut : 1° avoir soin d'administrer préalablement au malade un lavement d'eau tiède, afin d'obtenir la liberté des voies digestives et une humidité suffisante de ses parois; 2° quelle que soit la substance nutritive employée, elle doit être injectée tiède et avec une grande lenteur, sinon la tolérance serait moins facile à obtenir ; 3° pour la même raison et pour favoriser l'absorption qui ne se fait jamais mieux qu'en présence d'une faible quantité de substance, on doit introduire peu de liquide à la fois, cinq ou six lavements valent mieux, pensons-nous, que deux lavements copieux ; 4° si toutefois on préférait introduire une grande quantité de substance à la fois, il faudrait préalablement introduire une longue sonde en gomme flexible afin d'utiliser toute la surface du gros intestin; 5° il est indispensable de diluer notablement l'alcool dans une substance émolliente non coagulable; on commettrait une faute de le mélanger au lavement nutritif, soit parce que celui-ci peut contenir encore des substances coagulables, soit parce qu'il peut retarder l'action de la pancréatine ou de pepsine, si l'on employait le lavement de Leube ou le lavement pepsiné ; 6° on ne doit pas davantage administrer des substances grasses, même émulsionnées, car outre qu'il n'y aurait probablement pas absorption, on s'exposerait à provoquer plus rapidement le recto-colite par le mécanisme du corps étranger.

Il ne faut pas introduire de peptones en grande quantité dans l'intestin, car alors elles deviennent très-irritantes pour cet organe. Elles sont du reste jamais mieux absorbées que lorsqu'elles sont en petite quantité.

S'il survient de la recto-colite, ce qu'on reconnaîtra aux coliques, au ténesme, à la nature des selles, il faudra se hâter d'administrer des lavements opiacés qui agiront comme toniques sur l'organisme. Lorsqu'on échouera par cette médication, se garder d'administrer des lavements astringents, on pourrait de cette façon porter atteinte à l'absorption ultérieure en modifiant la constitution de la muqueuse. Il serait plus rationnel, ce nous semble, de suspendre momentanément toute tentative de nutrition par les peptones, d'autant plus que le malade ne peut plus les absorber; on ne devra continuer que les lavements laudanisés de vin très-étendu d'eau, et à la rigueur de bouillon très-peu salé en attendant que l'état inflammatoire disparaisse; car nous savons que ces liquides, comme cristalloïdes, passent quand même.

Si l'on emploie des peptones préparées avec de la fibrine et de l'albumine qui contiennent peu de sels minéraux et auxquelles les principes extractifs de la viande font défaut, il convient de les administrer dans du bouillon tiède qui renferme toutes ces matières.

A l'aide de ces règles on pourra, nous l'espérons, administrer dans de bonnes conditions à l'avenir des lavements alimentaires.

La quantité de peptones à donner chaque jour correspond à 50 ou 60 grammes d'albumine pure, soit 200 à 250 gr. de viande.

Conclusion. 1° L'intestin, on peut le dire d'une façon générale, n'absorbant qu'en vertu des lois de dialyse, tous les lavements composés de substances nutritives insolubles ou non dialysables doivent être regardés comme constituant des méthodes irrationnelles incapables de réparer en totalité les pertes de l'organisme. (Lait, sang défibriné, œufs non peptonisés.)

II. Pour qu'un lavement soit vraiment nutritif, il ne suffit pas qu'il contienne des substances nutritives en solutions et dyalisables, il faut encore que ces substances soient en proportions suffisantes, ce qui n'a pas lieu pour le bouillon, le jus de viande, le vin.

Ces substances sont néanmoins des soutiens momentanés précieux surtout pour les adolescents qui peuvent, par la quantité du liquide absorbé, compenser jusqu'à un certain point le peu de nutritivité de ces substances, ou chez les hystériques qui peuvent se contenter pendant longtemps d'une alimentation bien au-dessous du chiffre normal. Avec ces liquides on peut permettre à l'estomac de se reposer pendant quelquefois un temps assez long, jusqu'au retour de la tolérance stomacale.

III. Comme agents réellement nutritifs, on ne peut citer que les substances soigneusement peptonisées, on ne doit cependant pas oublier que, même en employant des peptones parfaites, on use d'un procédé infidèle dont on constatera l'inefficacité, en tant que nutrition, dans plus d'une circonstance; par exemple, lorsqu'on aura affaire à des vieillards trop épuisés, dont les forces absorbantes sont languissantes; car si on peut dire que dans l'inanition l'absorption s'exalte, il n'est pas moins vrai qu'après un jeûne trop prolongé ces forces sont impuissantes à introduire dans l'organisme de nombreux matériaux. L'inanition prolongée produit du reste des effets aussi fâcheux que l'assimilation qui se maintient imparfaite. Une autre cause d'insuccès réside dans l'apparition assez fréquente de la recto-colite survenant en général chez les malades encore assez vigoureux; dès son apparition, elle ralentit le passage des liquides les moins facilement dialysables tels que les peptones, puis l'entrave complétement.

IV. Toute inflammation vive de la muqueuse intestinale devra donc être redoutée et combattue avec vigueur.

V. Son apparition fréquente, les suites fâcheuses qu'elle occasionne, les difficultés qu'on éprouve à l'arrêter, nous obligent, on le comprend, à regarder l'alimentation par le rectum, en tant que méthode exclusive, comme devant procurer jusqu'à nouvel ordre des succès assez rares.

VI. Si nous avons vu cette méthode exciter tout récemment un enthousiasme sans restriction, cela tient à ce que les observateurs se sont hâtés souvent de tirer des conclusions de faits irrationnels ou de trop courte durée pour justifier une affirmation.

VII. D'autres observations d'assez longue durée pendant lesquelles on aura recherché la quantité d'urée, d'acide phosphorique, de chlorure, rendus chaque jour; le poids, la température sont indispensables pour établir d'une façon indiscutable la valeur absolue de la méthode intestinale dans l'alimentation. On sait qu'en 25 jours un homme doit rendre 375 gr. d'urée, 250 de chlorures et 75 gr. d'acide phosphorique.

VIII. L'emploi des lavements nutritifs devra être rigoureusement exclusif.

IX. Il serait utile que l'expérimentation physiologique éclairât l'observation clinique trop souvent impraticable comme méthode exclusive

X. Bien que nous n'accordions qu'une confiance limitée aux lavements alimentaires, nous ne croyons pas devoir proscrire de la thérapeutique ce mode d'alimentation comme le fait Max Marckwald dans son mémoire (Ueber Verdauung und Resorption in Dichdarm, in Archiv für Path. Anat. Phys., t. LXIV, p. 505, 1875.) Car pour nous il est hors de doute que des malades, rares il est vrai, exception faite des hystériques, pourront tirer quelques avantages des lavements peptonisés et des bénéfices souvent assez sérieux des autres substances auxquelles, cependant, nous avons refusé toute vertu alimentaire.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Observations au sujet de la lettre sur l'assistance médicale dans les campagnes. Concours Médical, n° 3, 17 janvier.

Il n'a jamais été dans nos vues d'accepter comme foudateur ou participant du *Concours Médical* d'autres personnes que des médecins. La lettre signée X. L., *un vieux pharmacien*, nous a été adressée par l'un de nos abonnés payants et nous avons accepté cette communication parce que son auteur nous est connu personnellement. Il a rendu des services sérieux au *Concours Médical* et son projet d'organisation des pharmacies ne lui est inspiré que par ce qu'il croit être utile au bien des deux professions, médicale et pharmaceutique.

Ceci dit, et nos réserves faites sur certains passages assez vifs, comme notre *Concours* n'est pas un

société d'admiration mutuelle, nous avons accepté cette lettre dans son intégrité.

Nous n'admettons qu'à titre de très-rare exception, que « le médecin *inconscient*, prend, dans une armoire en *désordre* des médicaments incomplets, qu'il n'a pas le temps de peser, ou même des substances toxiques qu'une fausse étiquette de la droguerie lui a données comme inoffensives. »

Ce passage nous touche peu, car l'auteur de la lettre, inspecteur des pharmacies, ne peut viser que des cas particuliers.

Ce que nous ne pouvons admettre c'est ce qui suit : *il prescrit, il prépare sans études spéciales et sans contrôle.*

Les études spéciales sont exigées de tout médecin et sont bien suffisantes pour une pharmacie de campagne, que le médecin pharmacien a le bon sens de réduire à sa plus simple expression. Cette réduction du nombre des produits et des bocaux supprime bien des occasions d'erreurs funestes. L'expérience est là pour prouver que ces erreurs se produisent plus fréquemment même dans les pharmacies bien tenues, surtout quand l'exécution d'une ordonnance est abandonnée aux soins d'un élève, s'y livrant en présence du client, qui souvent le distrait de sa périlleuse tâche. N'insistons pas sur ce point.

Il serait sans doute préférable de voir à chaque profession échoir ses responsabilités : que jamais le médecin n'exerçât la pharmacie et *jamais le pharmacien la médecine.*

Mais, en pratique, il ne peut en être ainsi, parce que trop souvent les pharmacies se trouvent trop éloignées du malade à servir. C'est à cet inconvénient que remédie la faculté accordée au médecin de distribuer des médicaments à ses clients, dans des conditions déterminées, conditions que nous avons indiquées dans quelques-uns de nos précédents numéros.

C'est à défaut de secours immédiats qu'on espère remédier en autorisant le pharmacien à établir des boîtes de médicaments, dans les localités qui réclament ce service, et ne sont pas visitées par un médecin rapproché et délivrant des médicaments.

Nous entendons par là, que le médecin domicilié dans une commune pourvue de pharmacie, dans le cours de ses visites dans un village voisin, en présence d'un cas urgent, pourra recourir à la boîte de médicaments, au grand avantage de son client. Comme lui seul aura la disposition de cette boîte, il n'est plus besoin d'une instruction, d'un Manuel Delpech, source assurée de tant d'abus et d'erreurs funestes.

Monsieur L... ajoute : certains spécialistes voudraient faire du pharmacien un intermédiaire entre le *médecin paresseux* et le public ignorant.

Nous comprenons, par ce passage, qu'on entend par *médecin paresseux*, le médecin exténué *de fatigue.* S'il est, dans les professions libérales, un homme auquel on ne pourrait, sans injustice criante, accoler cette épithète, c'est assurément au médecin de campagne. C'est sans exagération, que nous voyons proclamer chaque jour, qu'il n'est pas d'homme plus méritant, plus intrépide, plus digne de tous les respects. Lui, paresseux, ah ! ce n'est pas à un pharmacien, lui, toujours chaudement sédentaire, témoin journalier des prodiges d'activité physique et morale accomplis par nos confrères, qu'il viendrait à l'esprit de nous accuser de paresse.

Si, d'ailleurs, les abus signalés par M. L... existent, même à titre d'exception, à qui en reporter la responsabilité, puisque les commissions d'inspection sont composées pour les 3/4 de pharmaciens. Nous pouvons affirmer à ce propos que plusieurs de nos confrères, établis depuis nombre d'années à la campagne et y exerçant la pharmacie, n'ont jamais reçu la visite de la commission d'inspection.

Ces observations faites, il reste la grosse question de la limitation du nombre des pharmaciens; on nous a exposé les avantages, mais nous apercevons aussi les inconvénients.

Une région a été assignée au champ d'exercice d'une pharmacie. De même que le notaire, le pharmacien a un monopole. Il devient un fonctionnaire. Admettons le cas d'incapacité et, comme conséquence, le défaut de confiance du malade et du médecin. Vous avez, il est vrai, dans cette organisation, admis une commission composée, à partie égale, de pharmaciens et de médecins; cette inspection a le droit de forcer le titulaire de l'officine à se défaire de sa pharmacie. Qui fixera le délai de vente ? qui fixera le prix de la cession ? qui sera l'arbitre entre les prétentions du dépossédé et les offres réduites de l'acquéreur en présence d'une officine dépréciée par une mauvaise gestion antérieure?

Vient ensuite la difficulté de la délimitation de l'appréciation exacte des revenus possibles et nécessaires de chaque officine; cette organisation ne nous semble pas de nature à compenser, par ses avantages, la suppression de la libre concurrence.

A. C.

II

MÉDECINE CANTONALE

Dans notre pays, nous nous trouvons dans la situation indiquée par le Dr Courtau; le médecin cantonal, ne suffit pas pour tous les pauvres des pays ; ces derniers, alors, viennent nous trouver, réclamer nos soins et ne voulant pas les renvoyer, parce qu'ils sont indigents, nous faisons les corvées, nous soignons les pauvres, soins pour lesquels le médecin cantonal touche les appointements. Pourquoi ne pas laisser les indigents libres de choisir leur médecin? s'ils sont malades, ils peuvent très-bien demander un bon au maire de la commune, et avec ce bon venir chercher le médecin dans lequel ils ont confiance. Par ce moyen le médecin cantonal, sera moins surchargé, la besogne étant faite par plusieurs, et il n'aura pas besoin d'employer certains expédients qui ne me semblent pas justes.

Voici le moyen qu'emploie un de mes amis, pour ne pas avoir tant de malades à soigner, comme indigents; il ordonne des produits très-chers et en grande quantité, si bien qu'au bout de l'année le conseil municipal, voyant une note très-élevée chez le pharmacien, pour douze ou quinze malades indigents, n'en porte plus que cinq sur la liste, et le médecin cantonal se trouve débarrassé. Nous autres médecins, nous sommes chargés de soigner les autres. Je crois, monsieur le rédacteur, qu'il y a là quelques changements à opérer dans l'organisation de la médecine cantonale. A qui s'adresser ?

Dr Lebert.

III

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE PAR LES MÉDECINS MILITAIRES

Monsieur et très-honoré confrère,

Je vous remercie des explications que vous m'avez données dans votre conversation du 5 janvier au sujet de la lettre de M. X..., qui a produit un grand moi parmi les médecins militaires.

Je suis bien convaincu, maintenant, que votre intention, en nous envoyant le no du *Concours Médical*, qui contenait cet article, n'a pas été de nous blesser, puisque c'est par suite de circonstances spéciales (j'en ai la preuve sous les yeux) que le numéro en question a été adressé à nombre d'entre nous.

Vous n'avez vu, dans cette lettre, que l'amère et violente récrimination d'un confrère, vis-à-vis d'un autre confrère, et non une attaque contre le corps dont j'ai l'honneur de faire partie. Dans l'intérêt de celui-ci je voudrais bien, satisfait pour mon compte personnel, que les explications que vous m'avez données ne restassent pas tout à fait entre nous. Je vous serais reconnaissant si vous vouliez bien publier cette lettre dans votre journal.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Marteau,

Médecin de 1re classe au 17e d'artillerie à La Fère.

Nous avions reçu à propos de la lettre du Dr X..., de nombreuses lettres de réclamation. Cette correspondance était trop volumineuse pour qu'il nous fût possible de la publier, après avoir inséré celle du Dr Marquet, conçue dans le même sens.

Dans notre conversation avec M. le Dr Marteau, tout en constatant le droit absolu des médecins militaires de faire de la médecine civile, même rétribuée, notre confrère a reconnu avec nous qu'il n'était pas souhaitable que les médecins de l'armée consacrent tous leurs loisirs et toute leur activité à la conquête d'une clientèle qui, à leur arrivée dans le pays de garnison, était le domaine, quelquefois déjà étroit, des médecins civils.

En résumé, le médecin militaire nous paraît tout d'abord devoir se réserver pour sa mission spéciale. Nécessairement rien ne s'oppose à ce qu'il emploie une partie de son temps à faire de la médecine civile, si tel est son désir.

Nous ne voyons toujours, en cas de conflit accentué, qu'un arbitrage. C'est le médecin en chef et le doyen des médecins civils qui doivent l'exercer et éviter ainsi toute intervention du chef militaire.

La Direction.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DU CHLORAL DANS LES MALADIES DU CŒUR (1)

M. le professeur G. Sée (*Diagnostic et traitement des maladies du Cœur*) range le chloral parmi les médicaments cardiaques. Ce médicament, facilement soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, présente donc cet avantage considérable d'être absorbé directement sans subir de métamorphoses et il agit promptement.

Pour M. G. Sée, le chloral n'agit pas en se dédoublant en chloroforme et en formiate de soude. Cette opinion est aussi celle de nombreux cliniciens ; mais on sait que de récentes expériences de M. Arloing, que nous avons rapportées dans un précédent numéro, tendent à prouver, au contraire, la réalité de cette transformation.

Le chloral peut s'administrer en solution ou en potion. Cependant le goût du médicament empêche certains malades de le prendre ainsi. On préfère souvent la voie rectale. Nous avons donné déjà la formule employée par M. Dujardin-Beaumetz ; voici celle que donne l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu.

Eau de camomille	150 grammes.
Mucilage de gomme	Q. S.
Hydrate de chloral	2 à 3 grammes.

L'effet du chloral ne commence qu'avec une dose de 1 gramme. Un point important est de fractionner les doses de manière à ne point faire prendre plus d'un demi-gramme à la fois. La dose de 2 grammes, employée d'ordinaire en lavements, est une dose massive et certains malades présentent une susceptibilité très-grande dont nous dirons quelques mots.

M. G. Sée ordonne une potion de 150 grammes contenant 5 grammes de chloral, à prendre par cuillerées d'heure en heure ou même toutes les demi-heures. — On évite ainsi tout danger. L'effet calmant est obtenu, le plus souvent, après la troisième ou la quatrième cuillerée.

Quelques individus sont réfractaires au chloral, d'autres y sont susceptibles à un degré tel que les moindres doses amènent des effets désastreux. On a dit que le chloral produisait moins facilement le sommeil chez les buveurs, les fumeurs et chez les aliénés. On a parfois forcé les doses. Voici comment M. G. Sée explique ces faits : chez les alcooliques, ayant des

(1) Voir sur le Chloral, les numéros 3, 20, 26 première année du *Concours*.

lésions rénales, le médicament s'accumule dans le sang; on doit donc diminuer la dose, sous peine d'accidents chloraliques graves; mais si les buveurs n'ont pas de lésions des organes d'élimination, on est, au contraire, obligé d'augmenter la dose pour arriver à un résultat appréciable. Les individus, dont le cerveau est sous l'influence de l'alcool, supportent mieux les médicaments cérébro-spinaux; « cette *tolérance* veut dire tout simplement que le système cérébral intoxiqué, imprégné d'alcool, ne ressent les effets du chloral, comme de tous les narcotiques que quand on force la dose. » C'est ce qui explique que les alcooliques supportent des doses parfois considérables d'opium, de digitale et de chloral.

Les mêmes remarques s'appliquent aux malades intoxiqués par la nicotine et aux aliénés. Dans les formes dépressives de l'aliénation mentale, la dose de chloral doit être modérée, tandis que chez les agités et dans la période d'excitation de la paralysie générale la dose doit être élevée.

Ces variations dans l'action du chloral se remarquent encore à l'état physiologique. Il y a des individus *réfractaires* à l'action du chloral, même à 4 ou 5 grammes; au contraire, il en est d'autres qui ne peuvent pas dépasser 1 ou 2 grammes, c'est l'exception. M. G. Sée dit qu'il n'y a aucune règle absolue à ces variations qui peuvent s'observer aussi bien chez les hommes forts, dits pléthoriques, que chez les jeunes filles débiles.

Les enfants supportent très-bien le chloral à la dose de 1 à 3 grammes par jour. C'est un médicament qu'il faut presque toujours chez eux préférer à l'opium.

M. Sée ne croit pas qu'il y ait accoutumance qui puisse obliger le médecin à augmenter les doses. Il n'y a pas non plus d'accumulation.

Les effets physiologiques du choral sur le cœur sont les suivants : tout d'abord les contractions cardiaques sont ralenties. M. G. Sée admet que cette action est due à l'affaiblissement des ganglions automoteurs intrinsèques du cœur, ou peut-être encore à la parésie du centre vaso-moteur bulbaire.

Avec le ralentissement des contractions cardiaques, on observe encore une action dépressive du choral sur la force du cœur.

La tension intravasculaire est bien diminuée; à cette dépression du pouls, l'affaiblissement des contractions du cœur prend une part importante; mais ce n'est pas la seule cause; en effet, « l'action du choral sur les nerfs vaso-moteurs est très-évidente, dit M. Vulpian; les vaisseaux de la membrane interdigitale des grenouilles, sont dilatés; toutes les muqueuses des mammifères sont congestionnées pendant le coma chloralique. » La circulation périphérique est donc affaiblie chez l'homme. L'action du choral sur cette circulation, ajoute M. G. Sée, est mise en évidence par l'hyperhémie des conjonctives, des oreilles, du visage; ce qui est plus important, c'est la cyanose, la lividité, qui s'observent comme un des premiers phénomènes du chloralisme, cyanose qui doit constituer pour le médecin un avertissement des plus significatifs, indiquant la saturation chloralique.

La respiration est généralement ralentie sous l'influence du choral; lorsque la dose est très-élevée, le ralentissement se transforme en une véritable dyspnée, qui est un signe très-fâcheux et dont nous ne connaissons pas le mécanisme.

La température est toujours abaissée; chez les animaux et, sous l'influence d'une forte dose, elle peut s'abaisser de 5 à 6 degrés.

D'une manière générale, le chloral est indiqué par M. G. Sée, dans toutes les affections cardiaques, surtout dans celles qui sont marquées par une élévation de la pression vasculaire, ou par une impulsion énergique du cœur, ou bien encore, et cela d'une manière plus accentuée, dans les dyspnées cardiaques, avec ou sans insomnie. On donne, ajoute M. Sée, comme contre-indication théorique l'affaiblissement du cœur, sa dégénérescence graisseuse; si la texture du cœur est altérée, on doit, dit-on, s'en abstenir, car il pourrait en résulter un véritable collapsus. Oui, si vous prescrivez des doses massives : dans ce cas, c'est une arme à deux tranchants. Mais si ce remède remarquable est manié avec prudence, il cesse d'être dangereux, comme tous les médicaments en des mains habiles. Le chloral prendra sa place dans la thérapeutique des maladies du cœur après la digitale.

M. G. Sée recommande encore le chloral dans l'angine de poitrine. Avec les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, le chloral est un des meilleurs moyens à employer contre cette maladie à accès si douloureux.

DU CHLORAL DANS LA GASTRO-ENTÉRITE AIGUË DES ENFANTS

Le Dr Kjellberg (Nordiskt medicinstkt Arkiv), préconise l'emploi du chloral dans le traitement des formes graves de la diarrhée des enfants. Une des grandes difficultés du traitement réside dans la grande irritabilité de l'estomac et les vomissements répétés qui en sont la conséquence. C'est dans le but d'arrêter les vomissements que le chloral rend de grands services.

Absorbé rapidement, il arrête presque toujours les vomissements, donne du calme à l'enfant et supprime souvent la diarrhée.

Il est évident que c'st en lavements que le médicament doit être administré. Pour les enfants de cinq à six mois, la dose est de 25 à 30 centigrammes; de 50 à 60 pour ceux de douze à quinze mois. Ces lavements peuvent être réitérés au besoin deux ou trois fois par jour. On emploie d'ailleurs simultanément d'autres remèdes que nous n'avons pas à énumérer ici (Voir *Concours Médical*, n° 9).

Le Dr Kjellberg ajoute quelquefois au lavement une goutte de teinture d'opium, et quand le besoin de stimulants se fait sentir, cinq, dix ou quinze gouttes d'éther sulfurique.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de Thérapeutique du professeur A. Gubler, faites à la faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par le Dr F. Leblanc, préparateur des cours de thérapeutique à la faculté de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée (1).

La thérapeutique peut se définir comme la médecine, l'art de guérir. Elle est, en effet, le résumé et but de la médecine. Lorsque le praticien, après avoir sérieusement examiné son malade, supputé tous les symptômes, leur enchaînement et leur dépendance, est arrivé à établir son diagnostic, il n'a encore rien fait, directement du moins pour le patient. Ce que celui-ci attend, ce qu'il réclame quand il s'adresse au médecin, c'est une médication qui le guérira ou du moins le soulagera en lui rendant l'espérance. La médication emploie des remèdes dont les indications et le mode d'administration constituent, à proprement parler, l'objet de la thérapeutique. Aussi n'est-il pas nécessaire, quand on s'adresse à des médecins-praticiens, de faire ressortir l'importance de cette partie de la médecine. Voilà pourquoi nous sommes heureux d'annoncer à nos confrères la deuxième édition, revue et augmentée, des *Leçons de Thérapeutique* du regretté professeur Gubler.

Nous n'avons donc pas à faire ici l'éloge de ce livre où l'on trouvera, et sur les différentes médications, et sur les remèdes qui en font partie, les détails courts, précis et pratiques, que réclame le médecin qui n'a pas le temps de lire les gros volumes. Sans entrer dans les détails, disons que l'auteur, après trois leçons fort remarquables consacrées au rôle et au but de la thérapeutique et dans lesquelles il relève agréablement plusieurs des expressions erronées, qui ont encore, trop souvent, cours en médecine, aborde immédiatement la médication reconstituante qu'il divise en directe, comprenant les recorporants ou analeptiques, et les corroborants ou dynamophores, et en indirecte composée des moyens hygiéniques, des Eupeptiques, des aliments respiratoires et des cohibants. Viennent ensuite les médications hypnotique, anesthésique, aphrodisiaque, antiaphrodisiaque, emménagogue, autiseptique et antiphlogistique. C'est à la suite et à propos de cette dernière, qui comprend tant de moyens et de remèdes, qu'il examine les révulsifs et les dérivatifs, les médicaments diaphorétiques, diurétiques et altérants. On lira avec intérêt et avec fruit ce qui concerne les médications à opposer aux conséquences de l'inflammation et de la fièvre, les agents propres à combattre l'ataxie et l'adynamie, les indications de l'alcool dans la médication antiphlogistique et le traitement des cachexies liées aux phlegmasies.

A propos de chaque médication, l'auteur expose l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, la dose à employer et la manière de les administrer le plus avantageusement possible. Nous ne le suivrons pas dans toutes les théories qu'il a imaginées, avec une fécondité vraiment prodigieuse, dans le but d'expliquer cette action physiologique et thérapeutique, parce que les recherches ultérieures ne les ont pas toujours suffisamment justifiées. Ajoutons toutefois que, dans ce livre, le docteur Leblanc a résumé, d'une façon très-précise, très-claire, les leçons de son maître en les débarrassant autant que possible de la prolixité et des néologismes que le professeur Gubler affectionnait tout particulièrement. Aussi ce livre est-il appelé, croyons-nous, à rendre de grands services à tous ceux qui ne veulent pas rester en arrière des nombreux progrès accomplis depuis quelques années dans la thérapeutique. Comme dans la division adoptée, le même médicament fait quelquefois partie de plusieurs médications, on a joint à la fin du volume une table analytique qui rend les recherches on ne peut plus faciles.

Dr A. B.

(1) Un vol. in-8° de 650 pages. Librairie V. Adrien Delahaye et Ce, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 10 francs.

---

pitaux de Paris. 1 vol. in-18 cartonné de 300 pages avec 40 figures. Prix : 5 fr.

Traité d'anatomie dentaire, humaine et comparée ; par Ch. Tomes, professeur à l'hôpital dentaire, membre de l'Institut royal de Londres. Traduit de l'anglais et annoté par le Dr Cruet, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris. 1 beau vol. in-8 de 450 pages, avec 180 figures dans le texte. Prix : 10 fr.

Etude de physiologie et de thérapeutique, sur les sels de Pelletiérine ; par le Dr Fernand de Rochemure. In-8 de 140 pages. Prix : 4 fr.

CHRONIQUE

Appareil reproduisant la voix humaine. M. Drasounis a présenté à la société de Biologie un instrument destiné à étudier le mécanisme de la phonation en reproduisant artificiellement la voix humaine. Cet instrument est essentiellement constitué par une courbe métallique que fait entrer en vibration l'air projeté contre elle par un soufflet muni d'un tube en caoutchouc. Ce petit instrument introduit dans la bouche, on arrivo, en faisant exécuter à la langue et aux lèvres les mouvements nécessaires à l'articulation des sons, à reproduire la voix assez distinctement sans le secours d'aucun son laryngien.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

AVIS

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection, nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous faire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance; ils nous éviteront un travail assez long.

— Dr Boiteau, à Soulletourte (Sarthe).
Quoique membre fondateur, vous voulez, *comme l'ont fait déjà d'autres confrères,* nous faire parvenir le prix de votre abonnement. Il sera employé ainsi que vous nous l'indiquez, au mieux des intérêts communs. Nous n'avons pas sollicité ce genre de concours; ce n'est pas à dire que nous ne serions pas heureux de voir l'exemple que vous donnez suivi par ceux de nos collègues pour lesquels ce ne serait pas un sacrifice. Il y aurait là, pour le *Concours*, un nouvel et bien grand élément de succès. Agréez nos félicitations.

— Dr B., L. N. R. (Oise), 15 janv.
Quel que soit le résultat de votre si juste revendication auprès de la justice, vous devez la tenter. Nous vous prions de nous en faire connaître le résultat.

— Dr L., L. T. (Seine-Inférieure), 18 janv.
Reçu le mandat. — Envoyé 24 nos.

— Dr M., à B. (Aisne), 18 janv.
« *Je compte réunir, dans quelque temps, quelques nouvelles recrues pour votre Concours, qui, je l'espère, va entrer bientôt dans une phase nouvelle, phase des résultats accomplis, au grand contentement de tous.* »
Votre augure favorable est en pleine voie de réalisation, avec l'assistance personnelle que vous nous avez donnée et que vous nous continuez. Il suffit qu'on suive votre exemple. M. Ch. nous a écrit qu'il se mettait en relation avec vous.

— Dr T., no 953, 19 janv.
« *Je voulais depuis longtemps vous féliciter de l'œuvre courageuse et d'une si haute portée que vous avez entreprise. Je voulais vous faire part de mes idées comme* MÉDECIN DE CAMPAGNE, *sur l'organisation du service médical en France, au point de vue des bureaux de bienfaisance; des médecins cantonaux, etc... J'aimerais à voir traiter cette question dans le Concours, par une plume plus autorisée que la mienne,* etc... »
La suite de la lettre de notre confrère nous prouve surabondamment que ses communications seront intéressantes et nous le prions de nous les faire parvenir.

— Dr V., à T. (Belgique), 20 janv.
Nous ne pouvons actuellement utiliser votre manuscrit, malgré son intérêt. Il nous paraîtrait faire double emploi. Nous verrons plus tard. — Remerciements.

— Dr P., à N. L. S. (Seine-et-Oise).
« *Laissez-moi vous faire mes sincères félicitations, pour l'idée et la mise à exécution de l'entreprise à la tête de laquelle vous vous êtes généreusement placé. Elle était pleine de difficultés, d'embarras, et pouvait prêter à bien des interprétations. Vous vous êtes peu soucié de celles-ci et des obstacles à vaincre. Vous avez réussi, au grand avantage de bon nombre de membres du corps médical, qui, dans un avenir prochain, bénéficieront du fruit de vos efforts.*
J'ai vu avec bonheur l'apparition du journal, sa création n'était-elle pas la preuve palpable de la puissance de l'union confraternelle?
Ce journal, véritable clef de voûte de l'œuvre, a affirmé son existence et sa durée par les soins apportés à son exécution.
Le Concours Médical n'est plus une utopie; il est une réalité durable et dont la nécessité s'affirmera de plus en plus.
D'autre part, tous les sceptiques, tous les hésitants, tous ceux qui n'osaient adhérer, voient maintenant que l'exécution a succédé au plan, que l'idée est devenue matière. Ils vont bientôt venir à nous. Au premier mouvement de méfiance, la lecture du journal, la connaissance exacte des idées qu'il poursuit, ont fait succéder la confiance que réclamait l'Œuvre, pour se parfaire et fournir, à tous, les grands avantages dont elle renferme les éléments.
Vos efforts nouveaux aboutiront, grâce au concours de tous, qui vous est acquis comme le mien. »
Il nous paraît avantageux, cher confrère, de reproduire des appréciations qui, venant de vous, ont une véritable valeur. Nous avons reçu votre ouvrage; nous le connaissions et ne sommes pas surpris qu'il ait atteint la 3me édition. Nous comptons sur quelques communications scientifiques ou professionnelles.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 6 7 février 1880.

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Une vacance dans la section de pharmacie a donné lieu à un scrutin qui a fait élire par 56 voix sur 72, M. Yungfleisch, membre de l'Académie de médecine de Paris.

— M. Vidal, le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, a lu un travail sur le traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine. L'auteur a obtenu la guérison de trois malades chez lesquels la chute du rectum datait de plusieurs années.

— M. Colin a lu un travail relatant les résultats des expériences qu'il a faites pour étudier l'influence du refroidissement sur la température des diverses parties du corps des animaux. Pour M. Colin, les divers animaux exposés à l'action du froid éprouvent des effets variables. On constate cependant que, si le froid ne réussit pas à abaisser notablement la température de la peau, il est bien supporté et inoffensif, tandis qu'il produit des troubles graves, et même la mort, s'il fait descendre le tégument au-dessous d'un certain degré. On peut conclure encore de ces expériences que la présence d'une fourrure conduisant mal la chaleur, joue un rôle considérable dans le refroidissement, mais non un rôle exclusif. Ainsi, un jeune animal placé dans un milieu très-froid se refroidit rapidement et succombe, bien qu'ayant la peau déjà recouverte de poils épais.

M. Bouillaud a reproché à M. Colin de n'avoir pu tirer de ses expériences des déductions pratiques. Il n'y a dans la communication de M. Colin rien d'applicable utilement à la médecine humaine.

Quant à nous, tout en rendant justice au zèle expérimental de M. Colin et à sa fougue communicative, nous ne pouvons nous empêcher de penser que la lecture du livre de M. Gavarret, par exemple, suffisait à nous faire prévoir ces résultats dont l'intérêt théorique semble après tout de très-médiocre importance. C'est une opinion que nous exprimons timidement, car M. Colin est un homme, qu'il ne convient certainement pas de traiter légèrement.

— Nous avions à signaler dernièrement la mort d'Herbelin, aujourd'hui c'est un autre élève de nos hôpitaux qui meurt victime de son courage : Réverdy, élève de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'attention publique est attirée maintenant par ces dévouements, naguère trop oubliés. Nous ne pouvons que nous en féliciter au point de vue de la profession à laquelle nous sommes si fiers d'appartenir.

Il est bon que le grand public sache le dévouement obscur, le courage tranquille de ces hommes, qui pour avoir le droit de vivre en soignant leurs semblables, passent leurs années de jeunesse dans des hôpitaux où se trouvent réunies toute les chances possibles de contagion et vont puiser la science au lit du malade qui leur transmettra, peut-être, le germe de la mort.

C'est encore le croup qui a emporté notre jeune confrère, le septième de cette année !

Ses obsèques ont eu lieu à Laval sa ville natale où il fut transporté dès les premières atteintes du mal.

COURS PUBLIC

ECOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de laryngoscopie et de laryngologie du Dr Cadier.

ANGINE SCROFULEUSE.

Le début de l'angine scrofuleuse est insidieux et ne s'accompagne d'aucun de ces symptômes si prononcés et si caractéristiques qui signalent le début des autres variétés d'angines. C'est ce qui explique que si les lésions graves et ultimes de l'angine scrofuleuse étaient depuis longtemps reconnues et étudiées; il fallait, pour étudier les lésions des premières périodes se trouver dans des conditions toutes spéciales d'observation, et y joindre une sagacité clinique toute particulière. Mon maître et ami, le professeur Isambert, comme médecin du service laryngoscopique du bureau central, et par ses qualités de clinicien essentiellement observateur, remplissait au plus haut degré ces deux conditions; c'est ce qui lui a permis, dans un mémoire remarquable publié en 1872, de faire le premier l'histoire clinique complète de l'angine scrofuleuse.

Les premières manifestations de l'angine scrofuleuse se montrent toujours sur la face postérieure du pharynx, et le plus ordinairement à la partie supérieure de cette face, celle qui avoisine le pharynx nasal. Cette affection a une marche essentiellement chronique et ne présente le plus souvent aucun temps d'arrêt dans son évolution; nous pourrons cependant admettre trois périodes.

1o période catarrhale.

2o période ulcéreuse superficielle.

3o période ulcéreuse profonde.

Cette division de l'angine scrofuleuse en trois périodes successives nous en rendra l'étude beaucoup plus facile.

1o *période catarrhale.* — Au début, l'angine scrofuleuse peut présenter deux formes différentes :

1o La forme glanduleuse, qui est de beaucoup la plus fréquente. 2o la forme sèche; qui se rencontre beaucoup plus rarement et a été moins bien étudiée, surtout à ses périodes de début.

1o Angine scrofuleuse à *forme glanduleuse.* Les malades, qui, depuis quelque temps déjà, sont atteints d'un coryza chronique, n'éprouvent que des symptômes peu marqués et insignifiants du côté du pharynx. C'est à peine, même lorsque leur attention est éveillée de ce côté, si ces malades ressentent un peu de sécheresse ou un peu de chatouillement de la gorge; le plus souvent, au contraire, ils éprouvent une gêne considérable à la partie postérieure des fosses nasales. Le médecin, guidé par la constitution générale et par la persistance de ce coryza chronique, devra faire l'examen de l'arrière-gorge, et il pourra alors constater les symptômes pharyngés suivants :

La paroi postérieure du pharynx est sèche, et d'un rouge un peu foncé; elle est rendue luisante par un mucus épais qui la recouvre. Cette surface présente des saillies formées par l'hypertrophie des glandes et des follicules pharyngés; cette hypertrophie du système glandulaire est moins confluente que dans les autres variétés d'angines à forme catarrhale; mais, par contre, l'hypertrophie de ces glandes y prend des proportions beaucoup plus considérables. De plus, ces glandules volumineuses ne présentent pas à leur base l'injection vasculaire que nous avons constatée dans l'angine catarrhale chronique et qui se présente également d'une façon constante dans l'angine arthritique. Ces glandes ont une teinte d'un rouge sombre un peu violacé. La paroi postérieure du pharynx, à sa partie supérieure ou nasale, est tapissée par des croûtes grisâtres, sèches, minces et recroquevillées sur leurs bords, qui sont formées de mucus desséché; le matin, avant que le passage des aliments ne les ait fait disparaître, on peut même en constater la présence sur toute la face postérieure du pharynx. La formation de ces croûtes desséchées tient à ce que le malade étant, en même temps, atteint de coryza chronique, est obligé de dormir la bouche ouverte, le mucus secrété pendant la nuit par le pharynx et par la partie postérieure des fosses nasales, se trouve ainsi desséché par le passage de l'air et forme ces croûtes qui sont très-adhérentes. Lorsque, pendant cette période de début, l'on enlève ces mucosités desséchées, on constate quelquefois au-dessous, un peu de desquammation épithéliale avec aspect framboisé des glandes, mais on n'y constate pas d'ulcération.

2o Angine scrofuleuse à *forme sèche.* Dans cette variété, qui est beaucoup plus rare que la forme glanduleuse, nous constatons les mêmes symptômes, mais l'aspect de la face postérieure est beaucoup plus sec et plus luisant, cependant les glandes hypertrophisées y font souvent défaut et lorsque l'on peut y constater la présence de quelques follicules volumineux, ils y atteignent, de même que dans la forme précédente des proportions toujours considérables Cet aspect sec et luisant rappelle beaucoup l'aspect de la langue d'un malade atteint de fièvre typhoïde. La présence des croûtes grisâtres, sèches et recroquevillées, est ici un élément très-important pour le diagnostic différentiel avec les autres variétés de pharyngites sèches.

Deuxième période. — Ulcéreuse superficielle. Les symptômes fonctionnels, sans acquérir beaucoup d'intensité, sont cependant plus prononcés qu'à la première période. Les malades se plaignent d'un peu de sécheresse et de chaleur de la gorge sans aucune douleur pour les mouvements de déglutition, ni trouble de l'appareil auditif, à moins de complications. Ces symptômes fonctionnels sont donc plutôt négatifs eu égard aux lésions, et leur peu d'intensité devient ainsi un élément de diagnostic.

Signes locaux. — A la seconde période, nous voyons persister l'hypertrophie considérable des glandes et des follicules muqueux; mais peu à peu sur quelques-unes de ces saillies et dans les sillons qui les séparent se montrent de petites ulcérations irrégulières plus longues que larges; leurs bords légèrement décollés sont amincis et de couleur violacée, le fond de ces ulcérations est blanc-jaunâtre, elles serpentent, pour ainsi dire, dans la profondenr du sillon, et lorsqu'elles sont nombreuses, elles donnent à la paroi postérieure du pharynx un aspect lardacé tout à fait caractéristique. Nous avons vu, lors de la description de première période, que le début de la desquammation avait lieu par le sommet des glandes; mais cette desqnammation, lorsqu'elle envahit les couches plus profondes de la muqueuse, trouvant sur les parties interglandulaires un tissu moins dense, l'ulcération y suit une marche beaucoup plus rapide, et par cette raison, elle y acquiert beaucoup plus tôt des proportions plus considérables en largeur et surtout en profondeur. Lorsque l'on examine, pour la première fois, un malade arrivé à la secoude période de l'angine scrofuleuse, on pourrait croire, d'après l'examen des lésious, que le travail ulcératif a commencé par les sillons interglandulaires. Cette particularité nous explique comment on a pu admettre pendant longtemps que le début des ulcérations scrofuleuses se faisait par la muqueuse des sillons interglaudulaires, ainsi que le publiait encore en 1878 un de mes élèves, le Dr Fauverteix, dans sa thèse sur l'angine scrofuleuse.

Comme conséquence de ces ulcérations plus profondes, les sillons deviennent plus accentués, les glandes hypertrophiées paraissent se détacher du reste du pharynx ou plutôt paraissent y avoir été appliquées et collées comme des boulettes de papier mâché ou de plâtre demi-liquide lancées contre un mur et y restant aplaties. Je prie mes lecteurs d'excuser cette comparaison un peu triviale, mais qui aura, du moins, l'avantage de graver dans leur esprit cet aspect caractéristique.

Les glandules hypertrophiées prennent une teinte de plus eu plus foncée et uu peu violacée qui fait ressortir davantage l'aspect jaunâtre et lardacé des sillons interglaudulaires ulcérés.

A cette seconde période nous pouvous, de même qu'à la première, constater sur le fond du pharynx la présence de mucosités sèches, luisantes, épaisses et très-adhérentes ; ces mucosités recouvrent et cachent entièrement les ulcérations lorsque l'on n'a pas le soin de les détacher.

Troisième période. — Ulcéreuse profonde. — A la troisième période, les couches profondes de la muqueuse ne sont plus seules ulcérées, et nous voyons le travail ulcératif gagner peu à peu en profondeur, envahir le tissu cellulaire sous-muqueux, ainsi que les tissus musculaires ou autres qui sont situés au-dessous et dont la nature varie avec les différentes régions.

Lorsque chez un malade nous constatons l'existence de lésions de la troisième période de l'angine scrofuleuse, l'évolutiou antérieure de la maladie a pu se produire de deux manières différentes, et donne ainsi deux formes de la maladie qui sont essentiellement distinctes dans leur marche et leur évolution ultérieure.

Une *première forme* est la suite de l'angine ulcéreuse superficielle, elle continue les symptômes et la marche de la seconde période en s'étendant chaque jour davantage et en largeur et en profondeur. Par l'examen du pharynx, on peut apercevoir sur la face postérieure des ulcérations d'aspect lardacé à bords minces et décollés et de couleur vineuse; ces ulcérations s'étendent aux piliers et les sectionnent, les lambeaux de ces piliers deviennent alors flottants, mais ils ne restent pas longtemps libres et on les voit se greffer sur la paroi postérieure du pharynx en y contractant des adhérences cicatricielles dont la rétraction peut occasionner des difformités et même des infirmités : si les deux piliers deviennent ainsi adhérents, il peut se former une véritable cloison horizontale qui peut intercepter toute communication entre les fosses nasales et le pharynx et occasionner la surdité. Ce greffage des piliers peut également s'effectuer avec une surface ulcérée de l'épiglotte, et cette bride cicatricielle amène par sa rétraction un déplacement en totalité du larynx qui peut occasionner des troubles graves et persistants de la déglutition et de la phonation.

Ainsi que je vous l'ai fait observer en vous parlant de la marche générale de l'angine scrofuleuse, cette affection n'envahit le larynx qu'après avoir étendu ses ravages sur le pharynx, les piliers et le voile du palais, et alors les lésions se présentent sur l'épiglotte avant d'envahir les parties plus inférieures du larynx.

Dans cette région, il se forme d'abord des ulcérations; puis, à la suite, se développent de grosses végétations bourgeonnantes qui, devenant de plus en plus volumineuses, peuvent rétrécir l'orifice glottique au point de nécessiter la trachéotomie. C'est là un fait rare assurément, mais dont il faut, dans certains cas, prévoir la possibilité.

Lorsque, sous l'influence d'uu traitement approprié, la marche progressive de l'angine scrofuleuse se trouve arrêtée, ce qui heureusement est la terminaison la plus ordinaire, on voit peu à peu ces lésions si profondes de l'arrière-gorge se réparer, en laissant à leur suite des cicatrices d'une coloration nacrée, sans saillie, au-dessus de la muqueuse et présentant plutôt une légère dépression; ces cicatrices ont une forme étoilée que l'on peut considérer comme caractéristique. L'ensemble de ces caractères peut, dans certains cas, servir à formuler un diagnostic rétrospectif.

La deuxième forme de la période ulcéreuse profoude succède le plus ordinairement au lupus de la face. Dans cette variété, il n'y a pas de véritable ulcération, le lupus altère et mine en quelque sorte les parties qu'il va détruire, puis il les ronge ou semble même les atrophier; on voit la muqueuse, qui avait pris une teinte vineuse, se déprimer et s'enfoncer peu à peu, et simuler une ulcération, et l'on peut assister à un travail de réparation ou cicatriciel sans qu'il y ait eu

véritable ulcération superficielle. L'on pourrait comparer la marche de ce travail envahissant du lupus pharyngé à celui que tout médecin a pu constater aux ganglions strumeux de certains enfants, chez lesquels on voit un ganglion volumineux se ramollir, diminuer insensiblement de volume, au point de devenir moins saillant que la peau ; ce ganglion ne suppure pas, mais lorsqu'il est guéri on. voit cependant persister une cicatrice étoilée et nacrée avec une auréole de coloration vineuse.

Lorsque dans l'une de ces deux formes de l'angine ulcéreuse profonde les parties osseuses ou cartilagineuses sont atteintes, il se produit une nécrose avec exfoliation de la partie mortifiée et suppuration sanieuse accompagnée d'une odeur très-fétide.

Marche. — Durée. — La marche de l'angine scrofuleuse est toujours insidieuse; c'est à peine si, avec des lésions souvent très-graves et très-étendues, les malades accusent un peu de sécheresse de la gorge. Ce symptôme négatif a bien son importance, car c'est la seule maladie dans laquelle on le constate à un tel degré, de sorte qu'il peut ainsi devenir un signe pathognomonique.

La durée de cette affection est toujours très-longue, mais un très-petit nombre de malades parcourent le cycle des trois périodes. La plupart des scrofuleux restent pendant de longues années atteints de lésions de la première période, la maladie reste stationnaire, et cette affection ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel bien manifeste passe le plus souvent inaperçue, si l'attention du médecin n'est pas attirée du côté de la gorge par une complication intercurrente, ou si son attention n'est pas éveillée par la persistance d'un coryza chronique.

Lorsque la maladie arrive à la seconde période, les signes fonctionnels, quoique peu en rapport avec l'étendue des lésions, sont cependant assez prononcés pour éveiller l'attention du malade. L'existence de ces lésions de la deuxième période est déjà l'indice d'une atteinte plus grave de l'organisme entier; et, si par l'application d'un traitement local, auquel il ne faudra pas oublier d'ajouter un traitement général et hygiénique, on ne parvient pas à modifier l'état local et général du malade, on voit les ulcérations gagner rapidement en étendue et en profondeur. C'est surtout à cette seconde période que l'on voit souvent survenir une complication de tuberculose pulmonaire qui devient alors le point capital et doit concentrer toute l'action thérapeutique.

Diagnostic différentiel. — L'angine strumeuse ne se présente que chez les individus qui ont eu antérieurement d'autres manifestations scrofuleuses : kérato-conjonctivites chroniques, blépharites, impétigo du cuir chevelu, coryza chronique, engorgements ganglionnaires, etc. Tous, ils ont présenté dans leur enfance un léger embonpoint précoce, des yeux brillants avec paupières saillantes et cils un peu longs, ainsi qu'un teint très-coloré et d'une nuance un peu cramoisie. Cet ensemble de phénomènes qui passent dans le public pour des signes de santé parfaite, ne trompe pas l'œil exercé du médecin, et leur constatation lui fera porter le diagnostic de lymphatisme pour le présent et d'angine scrofuleuse probable, à plus ou moins longue échéance, si un traitement préventif convenablement institué n'arrive pas à modifier cet état.

Dans la marche de l'angine scrofuleuse, il est un fait capital et dont la connaissance peut avoir une grande importance dans certains cas de diagnostic difficile, c'est le mode de début et d'euvahissement de la maladie. L'angine scrofuleuse débute toujours par la partie supérieure de la face postérieure du pharynx; de ce point, elle a une première poussée en avant du côté du voile du palais et des piliers ; puis il y a souvent quelque temps de rémission et l'on voit du point de départ primitif une seconde poussée qui se dirige vers l'épiglotte, les éminences arytenoïdes et les cordes vocales. L'existence d'un coryza chronique est une complication à peu près constante de l'angine scrofuleuse et peut également servir d'élément de diagnostic. En l'absence d'antécédents scrofuleux, il est un signe négatif très-important et sur lequel je crois utile d'insister de nouveau à propos du diagnostic, c'est l'absence de signes fonctionnels : lorsque l'on examine la gorge d'un malade qui ne se plaint que d'un peu de sécheresse et que l'on constate l'existence d'ulcérations assez étendues, il n'est même pas besoin d'y constater les glandes volumineuses et violacées, les ulcérations lardacées et les mucosités adhérentes, pour pouvoir affirmer sans crainte d'erreur que l'on a affaire à une angine scrofuleuse.

TRAITEMENT

Le traitement de l'angine scrofuleuse doit s'adresser en même temps contre l'état local et contre l'état général.

Contre l'état local, l'on a eu successivement recours à toutes les solutions caustiques plus ou moins violentes. Dans un certain nombre de cas la solution iodée a donné de bons résultats au professeur Isambert; voici la formule la plus employée :

Iode métallique	15 à 25 centigrammes.
Iodure de potassium	0 gr. 50 —
Glycérine	10 gr. —

En applications trois ou quatre fois par semaine sur les glandes et les surfaces ulcérées.

La solution au chlorure de zinc au trentième, ou au cinquantième, réussit quelquefois contre les ulcérations superficielles. Enfin, lorsqu'il y a des ulcérations profondes et que l'on désire modifier énergiquement les surfaces ulcérées, on peut avoir recours à la solution suivante :

Acide chromique	1 gramme.
Eau distillée	20 —

Il est bon, surtout lorsque l'on a des surfaces assez considérables à cautériser, de ne pas employer de solutions plus concentrées d'acide chromique.

Depuis quelques années, j'ai employé très-fréquemment des solutions créosotées ; les résultats que j'ai obtenus ont été favorables, surtout contre les périodes

de début de la pharyngite sèche et l'angine ulcéreuse superficielle; la formule dont je me sers le plus ordinairement est la suivante :

Créosote pure	1	gramme.
Alcool	20	—
Glycérine	20	—

Sous l'influence de ces cautérisations, la pharyngite sèche est heureusement modifiée, mais les glandes hypertrophiées ne sont que très-peu modifiées.

Dans le but d'arriver à obtenir la diminution des glandes, j'ai employé une solution alcoolique d'une plante du Brésil, le tayuya, qui est employée dans ce pays contre les engorgements ganglionnaires syphilitiques. Mon expérimentation repose déjà sur un assez grand nombre de cas, et c'est encore jusqu'à présent le médicament qui m'a donné les résultats les plus favorables. J'emploie ce médicament en solution alcoolique concentrée, et je fais chaque jour pratiquer un badigeonnage du pharynx; mais, pour en activer l'action, je suis obligé d'avoir recours en même temps à des cautérisations avec une solution d'acide chromique au quinzième que je pratique une fois par semaine. C'est ce traitement mixte que je vous conseille d'employer, parce que, dans un certain nombre de cas, le traitement par la teinture de tayuya seule n'a pas une action assez énergique et ne donne pas des résultats assez rapides.

Le traitement général est le complément nécessaire du traitement local, il consistera en préparations toniques sous toutes les formes : viande crue, vin de quinquina, vin de gentiane, tisane et bains de feuilles de noyer, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue créosotée, ainsi que les modificateurs hygiéniques généraux, les bains de mer, l'exercice au grand air, la campagne, etc.

A l'intérieur je fais prendre également de la teinture de tayuya à la dose de quinze à vingt gouttes par jour, et autant que je puis me prononcer d'après une expérience qui remonte à près de deux ans, c'est un médicament qui est appelé à rendre de très-grands services contre toutes les manifestations de la scrofule.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE

On a expliqué dans la dernière conférence, comment une lésion cérébrale peut devenir spinale en retentissant sur les fibres du faisceau pyramidal. Celles-ci peuvent être atteintes également par une lésion médullaire primitive et subir consécutivement une altération descendante. C'est ce qui peut se voir dans la *myélite transverse* qui s'accompagne de contracture spasmodique permanente, quand il y a retentissement sur les cellules motrices des cornes antérieures.

Dans le *mal de Pott*, la paralysie est causée par une pachyméningite tuberculeuse qui entraîne une *myélite transverse* et dans laquelle sont réalisées les conditions les plus favorables à la production de la paraplégie spasmodique. Au début, dans une première période, on observe l'impuissance motrice et l'exagération des réflexes tendineux; plus tard, dans une seconde période, l'impuissance s'accompagne de contracture. Cette paraplégie n'est point permanente, elle guérit même assez souvent. En effet, certains de ces malades, après un séjour au lit de deux ou trois ans, arrivent à retrouver l'usage de leurs membres inférieurs. Ils peuvent marcher, faire des courses, mais en conservant l'exaltation des réflexes tendineux et la trépidation spinale qui sont comme les stigmates de la paraplégie et à laquelle ils survivent. C'est ce qu'il est facile d'observer chez cette malade qui est restée trois ans au lit pour une paraplégie due à un mal de Pott traité par des pointes de feu, le long de la colonne vertébrale. Actuellement elle est guérie, au point de pouvoir faire le service de servante dans l'hospice.

Cette autre malade, âgée de trente ans, et atteinte à l'âge de dix ans de paraplégie due à une *myélite transverse chronique*, a eu les membres inférieurs contracturés. Aujourd'hui ils ne sont plus rigides, mais elle conserve la trépidation prolongée et l'exaltation des réflexes tendineux.

La malade qui s'avance avec cette démarche particulière qu'Ollivier d'Angers a caractérisée du nom de *démarche spasmodique*, n'est pas confinée au lit, mais elle a les membres inférieurs rigides et collés l'un contre l'autre. Si on la fait asseoir, elle peut les tenir sans fatigue suspendus au-dessus du sol. La percussion du tendon rotulien démontre l'exaltation considérable des réflexes tendineux et ne tarde pas à amener une rigidité exagérée. Cette démarche particulière, et pour ainsi dire spéciale, est bien différente de celle si connue des ataxiques. Il vaut mieux du reste, citer Ollivier d'Angers qui l'a décrite avec un rare bonheur d'expression.

« Chaque pied, dit-il, se détache avec peine du sol et, dans l'effort que fait alors le malade pour le soulever entièrement et le porter en avant, le tronc se redresse et se renverse en arrière, comme pour contrebalancer le poids du membre inférieur qu'un tremblement involontaire agite avant qu'il soit appuyé de nouveau sur le sol. Dans ces mouvements de progression, tantôt la pointe du pied est abaissée et traîne plus ou moins contre terre avant de s'en détacher, tantôt elle est relevée brusquement en même temps que le pied déjeté en dehors. J'ai vu quelques malades qui ne pouvaient marcher un pas, quoique appuyés sur une canne, qu'en se renversant le tronc et la tête en arrière, de telle sorte que leur allure avait quelque analogie avec celle que détermine le tétanos (1). »

(1) Voy. le *Concours Médical*, nº 2, 10 janvier 1880.

(1) Nous empruntons cette citation aux *Leçons sur les*

Comme on le voit, cette démarche est principalement caractérisée par des secousses spéciales des membres inférieurs et par la marche sur la pointe des pieds. Cette dernière est due à la contracture des muscles du mollet.

Dans la *sclérose latérale amyotophique* qui a fait l'objet des premières leçons, on a vu que les faisceaux latéraux de la moelle pouvaient être affectés primitivement. On a vu aussi que, dans cette affection, on observe d'abord les phénomènes du genou et du pied, précurseurs de la contracture et définitivement l'atrophie musculaire quand l'altération a envahi les cellules motrices.

L'affection connue sous le nom de *slérose en plaques* est déterminée par des lésions scléreuses qui peuvent envahir les faisceaux pyramidaux de la moelle. Voici une femme atteinte de cette maladie chez laquelle on constate la paraplégie spasmodique. Ce qui ne l'empêche pas de présenter tous les autres phénomènes qui caractérisent la sclérose en plaques, et notamment ce tremblement spécial des membres supérieurs qu'il est facile de constater en faisant faire à la malade un mouvement volontaire, en lui disant, par exemple, de porter un verre d'eau à sa bouche. Sa main est aussitôt agitée de secousses violentes qui renversent le liquide. Vous constaterez, en outre, le nystagmus, l'embarras de la parole, le tremblement de la tête, les vertiges, etc.

Dans la *paralysie agitante,* on observe aussi du tremblement, mais il ne faut pas le confondre avec celui qui caractérise la sclérose en plaques. Tandis que ce dernier se manifeste surtout à l'occasion des mouvements volontaires, le premier est continu, les mains sont constamment agitées et c'est seulement pendant le sommeil qu'elles sont au repos. Les malades atteints de paralysie agitante ont, en outre, une attitude particulière. Leur corps paraît soudé en un seul morceau; leur regard est fixe ; leur tête et leurs membres sont rigides. La femme qui est là va nous montrer le phénomène de la *propulsion* qui consiste en ce que ces malades continuent à marcher ou à reculer sans pouvoir s'arrêter, quand on les pousse en avant ou quand on les tire par derrière. Le professeur placé derrière la malade exerce une légère traction sur sa robe et aussitôt la vieille femme se met à reculer et ne s'arrête que quand on la retient. Tel est le phénomène *du recul.* Il en est de même quand on la pousse en avant. La paralysie agitante est encore une maladie bien singulière en ce qu'on n'a pas encore trouvé de lésions anatomiques. Elle paraît n'être qu'une lésion fonctionnelle.

C'est le moment de conclure et de dégager les conséquences qui découlent des leçons précédentes. On a vu que la contracture permanente est en rapport avec la sclérose du faisceau pyramidal, mais ces deux phénomènes ne sont pas intimement reliés entre eux, puisqu'ils peuvent exister indépendamment l'un de l'autre. Ainsi la sclérose du faisceau pyramidal peut exister sans qu'il y ait de contracture et réciproquement la contracture peut exister sans être accompagnée de cette sclérose du faisceau pyramidal. Tel est par exemple, le cas qui nous est offert par la contracture hystérique. C'est qu'entre la contracture et la lésion du faisceau latérale, il y a un intermédiaire, les cellules nerveuses motrices des cornes antérieures de la moelle. En effet la contracture dépend des cellules et elle ne se manifeste que quand elles sont atteintes de lésions fonctionnelles ou matérielles.

Le professeur montre ensuite des projections ayant trait à la pachyméningite tuberculeuse de la moelle dans le mal de Pott, accompagnée de sclérose descendante des faisceaux pyramidaux; la contracture avec flexions exagérées au plus haut degré, la démarche spasmodique au moment où le malade se tient sur la pointe des pieds, l'attitude rigide des malades atteints de paralysie agitante et la déformation consécutive du tronc qui a une tendance à s'incliner de plus en plus vers le sol.

Ces conférences ont en un grand succès ,dû d'abord au talent et à la science du professeur, et ensuite à un appareil de mise en scène vraiment théâtral qui lui permet de placer immédiatement sous les yeux de ses auditeurs les objets dont il parle. Il serait vraiment à souhaiter que cet exemple fût plus suivi dans l'enseignement supérieur où il faciliterait singulièrement l'exposition du professeur et l'intelligence des élèves.

On comprend aussi que, dans ces conférences trop peu nombreuses, M. Charcot n'a pu qu'effleurer certains côtés des maladies des centres nerveux. Ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à ces affections encore si peu connues, parce qu'en somme leur nosolo gie n'est pas encore entièrement faite, trouveront les éléments de cette étude dans les *leçons sur les maladies du système nerveux* dont nous avons déjà parlé dans la note précédente. Pour les maladies de la moelle nous leur recommanderons tout spécialement un livre récent de M. Vulpian (1) où toutes les questions qui concernent la physiologie et la pathologie de la moelle sont traitées avec la compétence particulière qui distingue le savant doyen de la faculté.

La fin de la sixième conférence et toute la septième ont été consacrées à l'étude de l'hystérie. Le *Concours Médical* la publiera très-prochainement.

maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, par J.-M. Charcot, recueillies et publiées par Bourneville. 2 vol. in-8°, Paris, aux bureaux du *Progrès médical,* 6, rue des Écoles, et chez V.-A. Delahaye, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

(1) Cours de Pathologie expérimentale. Maladies du système nerveux, leçons professées à la faculté de médecine par A. Vulpian, et recueillies et publiées par le Dr Bourceret, revues par le professeur. Maladies de la moelle. Un vol. in-8°. Paris. O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, prix 16 fr.

TRAITEMENT DES ULCÈRES DES JAMBES

Nous résumerons les principaux modes de traitement de l'ulcère simple des jambes et nous ferons connaître quelques idées nouvelles consignées dans un travail du Dr Fontaine. *(Thèse de Lille, 1879)*.

Le traitement local a davantage attiré l'attention des chirurgiens. C'est de lui que dépendent la rapidité de la guérison et la cicatrisation elle-même. Les méthodes employées ont varié considérablement dans tous les temps. Cela tient non-seulement à la marche de l'ulcère, à la physionomie différente qu'il affecte selon sa période ou ses complications, mais aussi à la classe à laquelle appartient l'individu qui le porte. Comme il peut survenir dans toutes les classes de la société, mais que le plus souvent on le rencontre chez les gens du peuple, ceux-là qui sont tenus à un travail journalier, nécessaire, sous peine de léser des intérêts graves, le traitement a dû varier sensiblement selon ces circonstances. Nous allons, du reste, résumer les différentes opinions émises par les auteurs à ce sujet, nous indiquerons ensuite la méthode qui nous a paru la plus utile et que nous avons dû nécessairement employer chez la plupart des individus qui ont réclamé nos soins.

Repos. — Tous les auteurs, ou presque tous, s'accordent pour prescrire le repos comme une des conditions indispensables à la guérison des ulcères des jambes. Selon eux, le moindre exercice suffit pour amener l'engorgement du membre et arrêter la cicatrisation. Certains conseillent de maintenir le pied plus élevé que la cuisse pendant toute la durée du traitement. Ils conviennent, qu'employé seul, il ne peut amener la guérison. Nous indiquerons plus loin ce que nous pensons de cette manière d'agir.

Émollients et antiphlogistiques. — Ces moyens employés, quand l'ulcère est le siége d'une inflammation vive, consistent surtout en cataplasmes, bains, lotions; on peut y ajouter des fomentations laudanisées si la douleur est intense. C'est encore l'application de sangsues sur le fond de l'ulcère ou à son pourtour. On a remarqué que ces moyens avaient quelquefois amené de bons résultats en changeant la nature du mal. Nous croyons qu'unis au repos, ils sont toujours nécessaires pour combattre l'inflammation du début, et qu'il serait encore utile d'y recourir pour peu qu'elle revînt de nouveau avec quelque intensité pendant le cours de la maladie. Mais on ne doit user de cette médication que contre l'état inflammatoire; outre qu'elle ne suffit pas pour guérir l'ulcère, la médication émolliente amène une congestion passive, un état d'atonie plus considérable et peut provoquer, là où existe une ulcère variqueux, des hémorrhagies en distendant outre mesure les varices environnantes.

Excitants. — Les excitants sont indispensables dans le traitement des ulcères. Cependant employés seuls ils n'ont pas procuré des résultats bien merveilleux. Ces topiques sont nombreux. On les emploie sous forme pulvérulente, à l'état d'onguent ou en solution dans un liquide.

Les premiers consistent en poudre de quinquina, de charbon, en poudres aromatiques. Ils forment en se mêlant à la sanie de l'ulcère des croûtes noirâtres sous lesquelles le pus se forme et séjourne. La cicatrisation se fait longtemps attendre. Les différents onguents sont le diachylon, le styrax, diverses compositions dans lesquelles entre le mercure, surtout le précipité rouge, le plomb, etc. Les liquides sont: l'eau acidulée, la solution de chlorure de chaux, le jus de citron, les solutions saturées de savon, l'acétate de plomb liquide, la solution faible d'azotate d'argent, la décoction de certaines substances végétales, telles que l'écorce de quinquina, les feuilles de noyer, etc. Pour faire usage de ces liquides, on doit en imbiber des plumasseaux de charpie que l'on dépose sur la surface de l'ulcère en ayant soin d'humecter assez souvent pour que la plaie soit toujours dans un état d'humidité par l'action du médicament.

Pansement par l'eau salée. — Toutefois on a recouru avec succès au pansement par l'eau salée. M. Fontaine a été témoin, dans le service de M. Houzé de l'Aulnoit, d'un certain nombre d'ulcères traités par ce moyen et il a remarqué que, lorsqu'il n'y avait pas d'inflammation vive, il en résultait une modification heureuse. C'est ce que ce chirurgien a mentionné dans son travail: *Traitement des foyers purulents et des plaies par l'eau salée.* M. Crasquin, dans sa thèse de l'emploi de l'eau salée pour le lavage des plaies et des foyers purulents, rappelle que des plaies atoniques des scrofuleux, ont été rapidement cicatrisées par l'usage externe des eaux de Salès. On pourrait lire avec intérêt de nombreuses observations recueillies par MM. Panizza, Sacchi, Pignacca, Tosi, Pietra Santa, Leseure, Blaret, et Raimondi, qui ne laissent pas le moindre doute sur l'efficacité de ces eaux employées à l'intérieur et à l'extérieur.

On a proposé également les incisions, mais dans les cas seulement où l'ulcère était arrêté dans sa cicatrisation. Cela arrive lorsqu'il a son siége en avant de la jambe sur la crête du tibia; la peau est tendre, épaisse, peu extensible et adhérente aux parties profondes; les incisions pratiquées de chaque côté de l'ulcère paraissent dès lors faciliter le glissement des tissus qui ne luttent plus contre la propriété si rétractile de la membrane granuleuse cicatricielle.

Pansement par l'eau. — Ces pansements ont été surtout préconisés en Angleterre. Ils consistent dans l'application à la surface de l'ulcère de compresses trempées dans l'eau froide que l'on a soin de renouveler très-souvent. Sous l'influence de l'eau, l'ulcère se déterge vite, les bourgeons charnus disparaissent. l'ulcère prend une teinte rosée et la cicatrice apparaît. Les bains dans l'eau commune chaude ont également été employés et l'on cite des cas de guérison par ce seul moyen.

Compression. — Parmi les auteurs qui ont parlé des ulcères, tous reconnaissent l'efficacité de la compression, mais ils ne s'accordent pas de même sur les

moyens propres à l'exercer; les uns préfèrent une simple bande, les autres les bandelettes de diachylum.

Underwood comprimait l'ulcère avec des bandes de flanelle; Baynton leur substitua des bandelettes emplastiques de diachylon ou de Vigo, Gerdy employait une simple bande de toile ordinaire, roulée des extrémités jusqu'au genou. Il mettait au préalable un linge enduit de cérat sur l'ulcère afin d'éviter l'adhérence du linge et laissait à ses malades la faculté de se lever et de marcher. Les expériences ont été renouvelées plusieurs fois et n'ont pas donné les résultats qu'on devait espérer; car au bout de 15 jours il n'y avait pas de progrès sensibles vers la guérison; la compression unie au repos lui a paru plus favorable, mais la guérison a encore exigé un temps très long.

On devra, avant de faire l'application des bandelettes raser convenablement la partie afin d'éviter les tiraillements douloureux qui auraient lieu à chaque application, si on négligeait cette importante précaution. Les bandelettes larges de 3 à 5 centimètres et d'une largeur à peu près double de la circonférence du membre, seront appliquées de manière que le tiers interne corresponde à la face opposée de l'ulcère. On ramène les deux extrémités de façon à les croiser sur l'ulcère lui-même pour rapprocher ses bords. La première bandelette devra être appliquée à la partie inférieure de l'ulcère et recouvrir environ 2 à 3 centimètres des parties saines. La bandelette supérieure recouvrira de même les parties qui se trouvent au-dessus de la solution de continuité. Chaque bandelette devra de bas en haut recouvrir d'un tiers et quelquefois plus celle qui la précède. Une précaution importante dans l'enlèvement des bandelettes est de les couper au moyen d'un ciseau courbe vers le point opposé de l'ulcère afin de ne point déchirer la cicatrice molle qui s'est formée dans l'intervalle des pansements. Ces bandelettes seront renouvelées tous les deux ou trois jours et il faudra en continuer l'application quelques jours après l'entière cicatrisation de l'ulcère. Baynton pensait que son appareil rappelait les propriétés vitales du système lymphatique dont la faiblesse entretenait l'ulcération des tissus. Ce mode de pansement fut importé en France en 1814 par Roux à la suite d'un voyage chirurgical à Londres. Mais il ne fut, pour ainsi dire, d'un usage général qu'à la suite de la publication du rapport au Conseil des hospices de Ph. Boyer. Ce traitement a subi quelques modifications sur la largeur des bandelettes ou sur le lieu d'entrecroisement; il n'est pas, du reste, exempt d'objections comme nous le verrons plus loin. Un autre mode de compression est celui qui est exercé au moyen d'un bas lacé ou d'un d'un bas élastique; il est utile lorsque le sujet porte des varices considérables; il sert plus à prévenir l'ulcération qu'à la guérir et est employé par ceux qui se tiennent constamment debout.

On emploie encore pour le pansement des ulcères un bandage particulier; on enveloppe le membre d'une forte couche de ouate sur laquelle on roule une bande. L'application de cet appareil procure au malade une compression douce et modérée; moins d'irritation dans la partie malade venant de l'extérieur; sous ces différents point de vue, il a certainement un avantage marqué; il n'empêche pas, d'ailleurs, l'application des topiques excitants.

Il existe encore une foule de procédés différents employés par les chirurgiens pour arriver à la guérison des ulcères anciens; il nous est impossible de les réunir tous dans ce court travail, nous ne ferons qu'en mentionner encore quelques-uns.

Le traitement par le galvanisme, employé en Angleterre par Spencer Wells (*Medical Times* et *Gazette*, 23 juillet 1853). Il consiste dans des plaques de zinc et de cuivre en communication entre elles et appliquées l'une sur la surface ulcérée, l'autre sur une partie avoisinante ou sur un autre ulcère si le sujet en porte plusieurs.

La ventilation mise en usage par M. Bouisson, chirurgien à Montpellier, pour la cicatrisation des plaies et ulcères. Elle s'exécute à l'aide d'un soufflet ordinaire ou d'un ventilateur en caoutchouc, muni de tuyaux de formes diverses pour modifier le courant d'air; elle amène la guérison en desséchant les surfaces nues et en les recouvrant d'une croûte formée par les liquides évaporés, laquelle a pour effet, d'après l'auteur, d'isoler la plaie du contact de l'air et de favoriser un mode de cicatrisation plus simple et plus régulier que celui des plaies incessamment soumises au contact de l'air ou des matériaux de pansement. Ajoutons ici le pansement au sulfure de carbone préconisé par le Dr Guillaumet et qui a donné d'excellents résultats dans les ulcères atoniques.

La greffe animale a été mise en usage par M. le professeur Panas et M. Houzé de l'Aulnoit à Lille, dans le but d'accélérer la cicatrisation des vieux ulcères atoniques. La muqueuse buccale d'un lapin nouvellement tué, et dépourvue de la fibre musculaire et du tissu adipeux, était appliquée sur la surface ulcérée.

Quelquefois éliminée, elle disparaissait comme un tissu mortifié qui se détache; quelquefois, participant en quelque sorte à la vitalité du membre, elle se greffait sur le fond ulcéreux et faisait corps avec lui, l'épithélium se détachait au bout de trois ou quatre jours, et il restait un tissu tenant l'intermédiaire entre le tissu normal et le tissu cicatriciel.

En présence de la diversité de ces traitements, on peut se demander quelle règle de conduite peut suivre le praticien et à quel moyen il doit donner la préférence.

La compression seule est insuffisante, de même que le repos et les excitants. Le traitement de Baynton est assurément le meilleur; la faveur avec laquelle il fut accueilli par les différents chirurgiens, dit assez qu'ils manquaient de moyens faciles pour guérir l'ulcère; cependant on lui a reproché:

1° De produire des excoriations, des érosions du membre sous les bandelettes agglutinatives. Ce reproche est fondé, puisque Baynton les regardait comme un inconvénient grave. Ces excoriations sont d'autant plus douloureuses qu'elles siègent à la face

postérieure de la jambe vers le niveau du tendon d'Achille;

2° D'occasionner l'éruption de vésicules d'eczéma.

3° De produire quelquefois l'intoxication par le contact des plaies à grandes surfaces avec les composés de plomb qui se trouvent dans l'emplâtre de diachylon. Ces craintes sont peu fondées vu le peu d'absorption de l'ulcère à la période d'atonie;

4° De ne pouvoir être supporté par certains malades, qui ne peuvent endurer la compression non-seulement des bords, mais de tout le pourtour du membre;

5° De produire des érysipèles de la partie comprimée.

Le traitement de l'ulcère varie selon les symptômes, c'est contre l'atonie, l'état habituel des ulcères que sont adressées les principales méthodes; voici le traitement du médecin de Lille. « Nous servant d'une rondelle d'un cuir ni trop mou ni trop résistant, capable de recouvrir non-seulement la surface de l'ulcère, mais encore la région voisine de quelques centimètres et sur le milieu de laquelle était étendue une couche de diachylon gommé de la grandeur de la plaie, nous l'avons appliquée sur la solution de continuité et maintenue en place au moyen d'une compresse et d'une bande de flanelle. Nous avons, au préalable, saupoudré le membre de fécule de pomme de terre, souvent mêlée de fleur de soufre, afin d'éviter les érosions qui surviennent ou pourraient survenir par le contact trop prolongé du pus.

« La bande de flanelle longue de 8 à 10 mètres, large de 5 à 6 centimètres, est roulée depuis les orteils jusqu'au genou. Ce tissu offre la mollesse et l'élasticité convenables à cette sorte d'opération et est d'une application facile. Ce bandage est laissé en place de un à quatre jours selon l'abondance de la suppuration et, pendant toute la durée de ce traitement, le malade n'est soumis ni au repos ni à aucun régime. Cet appareil aussi simple que commode possède l'avantage d'être à la portée de tous et de n'entraîner que peu de dépenses, considérations d'autant plus utiles que c'est la classe des malheureux qui est le plus souvent atteinte de cette infirmité. Le repos n'est pas une des conditions indispensables à la guérison; cependant, il nous a paru la favoriser dans certains cas. C'était d'ailleurs l'opinion de Ph. Boyer et de Vidal de Cassis.

« Je suis persuadé, dit Vidal de Cassis, que la « plupart des accidents attribués à la cicatrisation « d'un ulcère sont plutôt dus à la position horizontale « à laquelle on condamne certains vieillards qu'à toute « autre cause; car les stases dans les parenchymes « s'opèrent facilement à un âge avancé. »

« Les ulcères traités dans ces conditions nous ont paru guérir tout aussi vite et nous n'avons pas trouvé dans le repos tous les avantages vantés par les auteurs. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Un très-grand nombre de médecins de Paris et de la province émettent le vœu que les veuves et les orphelins des médecins et chirurgiens qui succombent dans l'exercice de leurs fonctions aient droit à une pension et des bourses dans les lycées.

Voici le rapport de M. Talandier, député, au nom de la commission des pétitions : « Si la patrie reconnaissante, disent les pétitionnaires, fait au soldat qui tombe au champ d'honneur, de brillantes funérailles, si elle assure une pension honorable à sa veuve, si elle prend soin des orphelins, pourquoi donc ne fait-elle rien pour le médecin qui tombe sur le champ de la science ?

« N'y a-t-il pas là, messieurs, une anomalie étrange, indigne d'un grand pays, et n'y aurait-il pas lieu de décider, par une loi, qu'à l'avenir, leurs veuves et leurs orphelins seront placés sous la sauvegarde de la reconnaissance nationale.

« Permettez-leur, Messieurs, de vous dire encore que ces dispositions légales qu'ils vous demandent existent chez plusieurs nations voisines. La loi d'hygiène, en Autriche-Hongrie, dit formellement (chapitre XII, paragraphe 2) : « Les veuves et les « orphelines des médecins et chirurgiens qui suc- « combent dans l'exercice de leurs fonctions ont droit « à une pension et à des bourses dans les lycées. »

Assurément l'anomalie est grande entre la façon dont la France traite la famille du soldat qui tombe au champ d'honneur et celle dont elle traite la famille du médecin qui tombe sur le champ de bataille de la science, mais cette anomalie n'existe pas seulement en ce qui touche le corps médical. Nombreuses sont, dans l'industrie, aussi bien que dans l'art et dans la science, les professions dangereuses où la vie de l'homme est exposée à des fatalités soudaines, et, ce qui peut être est pire, à des influences pernicieuses dont l'action, pour demander un peu plus de temps, n'en est pas moins certaine et meurtrière.

C'est donc une très-vaste question, et qui dépasse de beaucoup les intérêts particuliers du corps médical, que celle que les pétitionnaires ont soulevée.

Toute profession est, pour ceux qui s'y livrent, un champ de bataille; toute profession est aussi, par ceux qui y apportent l'austère sentiment du devoir et l'héroïque esprit du dévouement et du sacrifice, un champ d'honneur.

De l'argument qui consiste à opposer le libre choix de telle ou telle profession à l'obligation de servir la patrie que la loi impose au soldat, nous faisons peu de cas; nous croyons même que cet argument se retourne avec force contre ses auteurs.

« La nation, disent ceux-ci, en arrachant, de par la loi, le jeune soldat à sa famille, au travail dont celle-ci vit parfois, contracte envers l'un et l'autre une dette dont elle s'acquitte, envers le soldat, s'il survit à ses blessures; envers sa famille, s'il succombe. Rien de plus juste.

« Un jeune homme, arrivé au terme de ses études secondaires, choisit librement la profession médicale. C'est à lui d'en peser les avantages et les dangers. S'il se décide à embrasser la carrière, c'est que, sans doute, les avantages lui paraissent supérieurs. La nation n'intervient en rien dans sa décision; par conséquent, elle ne saurait contracter envers lui aucune dette, aucun engagement (1). »

(1) *Gazette médicale de Paris*, 11 janvier 1879, p. 24.

Peu nous importe, en vérité, que la nation ne soit liée que par une obligation morale et non par un engagement formel. C'est au contraire parce que, « le médecin qui tombe victime de son dévouement, d'un dévouement que ne lui prescrit aucune loi, que lui imposent seuls sa conscience et l'amour de l'humanité, ne peut se comparer au fonctionnaire qui succombe en remplissant strictement les devoirs de sa charge, ni même au soldat qui meurt en défendant son pays, sa famille et lui-même (1) », que nous sommes fortement impressionnés par la réclamation des pétitionnaires en faveur des veuves et des orphelins que leur mort soudaine laisse privés de tout appui. « Il ne s'agit point ici de substituer la prévoyance de l'Etat à celle de l'individu; il ne s'agit pas non plus de rémunérer une seconde fois des services déjà payés (2) », il s'agit de venir au secours de misères aussi dignes de sympathie que soudaines et imméritées. Si l'on vient, et cela n'est que juste, au secours des inondés ou des incendiés, à plus forte raison doit-on venir au secours des familles qui sont victimes du dévouement le plus pur, le plus volontaire, le plus dégagé de tout alliage égoïste, conscient ou inconscient.

Nous savons que la reconnaissance officielle de tels services, si, comme il est juste, on l'étend à toutes les professions où l'oubli de soi-même et des intérêts de la famille va souvent jusqu'au sacrifice le plus complet, peut nous mener loin. Mais ne faut-il pas, en définitive, que de telles questions soient examinées et résolues comme il convient à une société digne du nom de civilisée? Quelles que soient les difficultés auxquelles nous devions heurter pour mettre la pratique d'accord avec les principes de la justice sociale, nous considérerions comme indigne du Parlement dont nous avons l'honneur d'être membres d'opposer une fin de non-recevoir quelconque à la demande si juste, selon nous, des pétitionnaires.

Nous avons donc l'honneur de recommander instamment la présente pétition à M. le Ministre de l'Intérieur et à M. le Ministre de l'Instruction publique, et nous invitons ceux de nos collègues qui ont signé cette pétition à s'entendre avec les Ministres ou à user de leur propre initiative parlementaire pour saisir la Chambre de cette importante question. (*Renvoi aux Ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique.*)

II

Cher confrère,

Dans son numéro du 17 janvier, le *Concours Médical* fait connaître l'opinion de plusieurs associations médicales des départements au sujet de la création de conseils de discipline analogues à ceux qui fonctionnent pour les avocats. Vous faites observer avec juste raison qu'il n'existe aucune analogie entre la profession médicale et celle du barreau. Je n'insiste donc pas sur ce point. Mais je veux vous signaler une opinion monstrueuse qui a été émise par une de ces sociétés et qui paraît avoir passé inaperçue.

Le Dr Calvy, rapporteur de la société de Toulon, émet le vœu qu'au dessus des conseils de discipline, soient institués des jurys d'Etat chargé de confirmer ou d'infirmer les décisions de ces conseils. « Les Jurys « d'Etat qui auraient conféré le diplôme de docteur, « veilleraient aussi à ce que le diplôme ne s'égarât « pas entre des mains indignes, et pourraient au be- « soin le retirer provisoirement ou d'une manière dé- « finitive. suivant la gravité des actes déférés à leur « juridiction. »

Les auteurs de ce vœu ont-ils bien réfléchi aux conséquences épouvantables qui pourraient résulter de son adoption? Actuellement un médecin, même frappé d'une peine afflictive et infamante par les tribunaux, ne perd pas son grade universitaire, et conserve, à l'expiration de la peine le droit d'exercer sa profession. Et si l'étrange proposition du Dr Calvy était adoptée, un médecin, pour des fautes probablement infiniment moins graves, pourrait être privé de son diplôme, temporairement ou pour toujours!

Et puis, quelles seraient les garanties d'impartialité offerte par ces jurys d'Etat? Quelle serait leur composition? Le rapporteur de la société de Toulon n'y a sans doute pas songé, et, dans tous les cas, a négligé de nous les faire connaître.

Signaler au corps médical ce vœu, c'est en faire justice.

Des jurys d'Etat préservez-nous, Seigneur!

Dr L. (no 588).

(1) *Le Progrès médical*, 14 décembre, p. 963.
(2) Id.

CHRONIQUE

LES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a adressé aux recteurs d'Académie la circulaire suivante :

Paris, le 16 janvier 1880.

Monsieur le recteur, vous trouverez ci-joint le texte d'un arrêté en date du 15 novembre 1879, relatif aux bourses de doctorat près les Facultés de médecine.

J'appelle particulièrement votre attention sur les modifications apportées par cet arrêté aux règlements des 5 novembre 1877 et 29 juin 1878.

Vous remarquerez en premier lieu qu'aux termes de l'article 1er du nouvel arrêté, les bourses de doctorat en médecine ne sont accordées que pour une année. En conséquence, tout étudiant qui voudra jouir d'une bourse pendant une nouvelle période devra prendre part au concours correspondant à l'année de scolarité dans laquelle il doit entrer.

L'arrêté du 29 juin n'admettait au concours que les étudiants pourvus d'un certain nombre d'inscriptions, et qui avaient obtenu la note *bien* à leur premier examen. Cette disposition restrictive présentait l'inconvénient de priver des avantages de la bourse une catégorie intéressante de jeunes gens au début même de leur carrière. Il a paru au Comité consultatif, et j'ai partagé cette manière de voir, qu'il était désirable de faciliter l'accès de la Faculté aux élèves sans fortune qui se seraient signalés par des succès à la fin de leurs études classiques.

En conséquence, j'ai décidé (article 4) que les étudiants pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, qui auraient subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourraient obtenir une bourse de première année. Le concours n'est pas imposé à ces candidats, mais la justification de cette note ne saurait leur conférer un droit absolu. Le nombre des bourses de doctorat en médecine est, en effet, très-limité, et il convient de n'accepter que les élèves les plus méritants. Vous aurez donc à me transmettre, à l'époque du concours, les demandes des intéressés, après avoir réuni, dans un rapport motivé, toutes les informations de nature à éclairer l'avis du Comité consultatif auquel ces demandes seront soumises.

L'article 5 de l'arrêté du 15 novembre maintient, en les précisant, les conditions exigées par les précédents règlements; il détermine d'une manière générale les matières qui seront traitées à chaque concours. Cette publi-

cité donnée aux programmes, demandée par un certain nombre de Facultés, instamment réclamée par les candidats, rendra possible une préparation sérieuse à l'examen, et permettra aux membres du jury de montrer une juste sévérité dans l'appréciation des épreuves.

Ces programmes s'appliquent au mode d'études en vigueur depuis le 1er novembre dernier, en exécution du décret du 20 juin 1878, mais il a été décidé (article 6) que les épreuves du concours seraient les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime.

L'ouverture des concours est fixée, par l'article 7, à la dernière semaine du mois de juillet. Aucun autre concours ne sera autorisé. Chaque année, vous me ferez parvenir, dès le 1er juillet, vos propositions et celles de la Faculté pour la formation du jury, dont les membres doivent, aux termes de l'article 8, être désignés par le ministre. Je vous adresserai, en même temps que la nomination des juges, les sujets de composition sous pli cacheté.

Aussitôt après la clôture du concours, vous me transmettrez, conformément aux dispositions de l'article 9 :

1o Les copies des candidats, annotées par les membres du jury d'après les indications contenues dans le dernier paragraphe de l'article 2 de l'arrêté du 15 novembre;

2o Les procès-verbaux des examens, où seront indiqués le classement des compositions et les notes données à l'examen oral;

3o Le rapport du président du jury sur la tenue des épreuves;

4o Les dossiers contenant les pièces exigées pour chaque candidat par l'article 2 de l'arrêté du 5 novembre 1877.

Recevez, Monsieur le recteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Jules FERRY.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le règlement du 5 novembre 1877; vu l'arrêté du 29 juin 1878;

Le Comité consultatif de l'enseignement public entendu;

Arrête :

Article 1er. — Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année.

Les concours ont lieu au siége des Facultés.

Art. 2. — Le concours comprend deux épreuves :

Une épreuve écrite;

Une épreuve orale.

Trois heures au plus sont accordées pour l'épreuve écrite.

L'épreuve orale ne peut durer plus d'un quart d'heure pour chaque candidat.

Le mérite de chacune des épreuves, écrite et orale, sera exprimé en chiffres de 0 à 20.

Art. 3. — Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit au moins et de vingt-huit ans au plus.

Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, et joignent à cette déclaration les pièces énumérées dans l'article 2 du règlement du 5 novembre 1877.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 5. — Sont admis à concourir :

1o Les candidats qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2o Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la minéralogie.

3o Les candidats munis de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du second examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4o Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du second examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 6. — Les étudiants justifiant des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité; les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et l'autre régime d'études.

Art. 7. — Des concours ont lieu annuellement dans la dernière semaine du mois de juillet.

Art. 8. — Les membres du jury sont désignés, sur la proposition des Facultés, par le ministre, qui détermine également les sujets des compositions écrites.

Art. 9. — Immédiatement après la clôture du concours, le recteur transmet au ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats, les procès-verbaux où sont indiqués les notes données à l'examen oral et le classement des compositions de l'épreuve écrite. Cet envoi sera complété par les pièces justificatives mentionnées à l'article 3.

Ces documents sont soumis à l'examen du Comité consultatif de l'enseignement public, qui dresse une liste générale des candidats par ordre de mérite.

Art. 10. — Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse, devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer.

Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

Art. 11. — Les arrêtés des 5 novembre 1877 et 29 juin 1878 sont et demeurent abrogés en ce qui concerne les bourses de doctorat en médecine.

Fait à Paris, le 15 novembre 1879.

Jules FERRY.

La cécité de Tobie. — Un nid d'hirondelles contenant cinq petits prêts à prendre leur vol, et salissant son balcon de leurs excréments, attira l'attention du docteur Mattioli, et le porta à étudier le fait de la cécité de Tobie, et à chercher une explication scientifique de sa guérison.

L'analyse démontre que les excréments des hirondelles sont, en très-grande partie, formés de sels de chaux : phosphate et hydrate de chaux principalement.

Or, il est probable que le vieux Tobie, s'étant étendu le long d'une muraille sous un nid d'hirondelles, et s'étant endormi, reçut pendant son sommeil les excréments de ces oiseaux sur les yeux. Lorsqu'il s'éveilla, il se trouva privé de l'usage de la vue.

L'auteur pense qu'une partie de ces excréments dut pénétrer, peu à peu, dans les yeux de vieillard et for-

mer à leur surface une sorte d'incrustation calcaire. Ce que la Bible dit de la cécité de Tobie, qui était due à des taches blanchâtres qu'il avait sur les yeux, ne contredit en rien l'opinion du docteur Mattioli.

Le vieillard recouvra la vue grâce à son fils qui, se conformant aux conseils de l'ange Gabriel, frotta les yeux de son père, pendant une demi-heure, avec le foie d'un poisson, et cette opération fit sortir de ces organes une matière blanchâtre assez semblable à la membrane d'un œuf.

Et lenivit oculos patris sui per dimidiam fere horam, et cepit albugo ex oculis, quasi membrana ovi, egredi.

Cette matière blanchâtre était tout simplement un savon soluble, dû à la combinaison des sels de chaux avec l'huile qui s'était développée dans le foie du poisson, conservé depuis trois semaines, et qui avait dû atteindre un degré avancé de décomposition.

Le savant auteur a fait des expériences sur des pigeons et les poules auxquels il a pratiqué l'opération de Tobie : ces expériences confirment son opinion. *(Journal d'hygiène.)*

L'hygiène à l'armée des Indes. — Nous trouvons dans un ordre général du commandant en chef de l'armée des Indes d'excellentes instructions pour l'hygiène préventive des troupes. « Lorsque les troupes devront entrer en campagne et abandonner leurs cantonnements, une visite minutieuse sera passée, par les médecins, de tout officier et soldat, à l'effet de constater son aptitude physique à supporter les fatigues du service actif. Cette précaution est de toute nécessité pour éviter l'encombrement des hôpitaux, et assurer le transport des malades avant le commencement des opérations. Semblable visite devra être passée à tout militaire qui viendra rejoindre individuellement, ou en groupe, le cantonnement pendant la durée des hostilités. »

Excellentes dispositions qui font honneur à la sagacité du commandement. Recommandé au sérieux examen de nos généraux commandants. *(Journal d'Hygiène.)*

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

AVIS

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection, nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous aire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance; ils nous éviteront un travail assez long.

Parmi nos confrères qui déjà ont fait établir leur assurance par la Cie le Phénix, il en est quelques-uns qui, ayant reçu leur police en double expédition, et le reçu de la prime de la première année, n'ont pas encore renvoyé : 1° une des polices revêtue de leur signature; 2° le mandat-poste afférent à leur prime.

Cette négligence pourrait leur être préjudiciable; car dans les cas où un sinistre surviendrait, ils n'auraient aucun recours à exercer. Nous les invitons à se mettre en mesure.

Nous faisons observer que cette première prime une fois payée, c'est l'agent de la Compagnie le Phénix, qui est chargé de percevoir à domicile, chaque année, les primes subséquentes.

Nous répétons, pour la dernière fois, que les numéros d'ordre inscrits sur les bandes imprimées du *Concours Médical*, indiquent que le destinataire est au nombre des mille fondateurs. Prière à nos correspondants qui réclament une réponse par lettre particulière, d'insérer le timbre de retour.

— Dr D., à Ch. (Marne), 24 janv.

Inscrit le changement. Dans votre nouvelle situation, vous pourrez rendre plus de services au *Concours.*

— Dr Ch., à M. (Indre-et-Loire), 26 janv.

« Mieux que personne, puisque j'ai débuté sans aucune ressource, je connais les difficultés de la pratique médicale à la campagne. Je sais ce qu'il m'a fallu déployer d'énergie au travail depuis que je me suis établi. Aussi je puis apprécier toutes les revendications et désire, comme mes confrères, le changement, en mieux, d'habitudes datant de loin. Vous comprenez quel intérêt j'attache à la réussite du Concours Médical, etc... »

Nous faisons des vœux pour votre prompt rétablissement. — Pour votre assurance, il suffit de songer à dénoncer l'ancienne en temps utile, pour pouvoir contracter avec le Phénix, quelque temps avant l'échéance. Si vos ressources actuelles ne vous permettent pas l'assurance sur la vie, vous aurez peut-être intérêt à contracter une assurance contre les accidents, dont nous ferons bientôt connaître les termes.

Vous n'avez pu être inscrit comme fondateur; parce que vous n'avez pas répondu par une acceptation écrite, à notre lettre du mois d'août. Vous êtes participant. Vous ne nous êtes aucunement redevable. Les nos vous ont été adressés.

— Dr L., 438.

Envoyé l'exemplaire réclamé. — Prière de tenir compte de l'avis qui concerne ces envois.

— Dr P. A., à B. (Haute-Loire), 28 janv.

Si votre no n'est que le 799, c'est à cause de l'ordre alphabétique et non à cause de la date d'adhésion. — Nous vous sommes obligés de vos preuves de concours. Votre qualité de fondateur vous donne le droit de nous proposer des participants.

Vous ajoutez : « le jour où vous aurez à faire appel au dévouement de vos adhérents, comptez-moi parmi les plus disposés à être utile à l'association et à vous rendre service. »

Nous retenons votre offre confraternelle et verrons à y recourir actuellement. Un exposé simple, et à la portée de tout praticien, de la méthode que vous employez dans votre établissement nous serait très-agréable, condensée en peu de pages.

— Dr C., 558.

Nous retenons votre promesse de collaboration. La mesure dont vous voulez bien nous remercier vous a été dictée par l'intérêt commun. Nous comptons sur vos amis dans l'avenir.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 7 14 février 1880.

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. PASTEUR a lu, à l'Académie un travail intitulé : *Sur les maladies virulentes, et, en particulier, sur la maladie appelée vulgairement choléra des poules.*

Après quelques généralités sur les maladies virulentes et sur la méthode de culture des organismes microscopiques, l'auteur arrive au *choléra des poules,* sur lequel porte spécialement sa communication. Il décrit ainsi cette maladie :

« L'animal est sans force, chancelant, les ailes tombantes. Les plumes du corps, soulevées, lui donnent la forme en boule. Une somnolence invincible l'accable. Si on l'oblige à ouvrir les yeux, il parait sortir d'un profond sommeil et bientôt ses paupières se referment, et le plus souvent la mort arrive sans que l'animal ait changé de place, après une muette agonie. C'est à peine si quelquefois il agite les ailes pendant quelques secondes. Les désordres intérieurs sont considérables. La maladie est produite par un organisme microscopique, lequel, d'après le *Dictionnaire* de Zundel, aurait été soupçonné, en premier lieu, par M. Moritz, vétérinaire dans la Haute-Alsace, puis mieux figuré par Peroncito, vétérinaire de Turin, en 1878, et, enfin, retrouvé, en 1879, par M. Toussaint, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, qui a démontré, par la culture du petit organisme dans l'urine neutralisée, que celui-ci était bien l'auteur de la virulence du sang.

Un milieu de culture merveilleusement approprié à la vie du microbe du choléra des poules est le bouillon de muscles de poules neutralisé par la potasse, et rendu stérile par une température supérieure à 100° (110 à 115). En quelques heures, le bouillon le plus limpide commence à se troubler et se trouve rempli d'une multitude infinie de petits articles d'une ténuité extrême, légèrement étranglés à leur milieu, et qu'à première vue on prendrait pour des points isolés. Ces articles n'ont pas de mouvement propre, et font certainement partie, suivant M. Pasteur, de tout autre groupe que celui des vibrions. M. Pasteur imagine qu'ils viendront se placer un jour auprès des virus aujourd'hui de nature inconnue, lorsqu'on aura réussi à cultiver ces derniers, comme il espère qu'on est à la veille de le faire.

Le microbe du choléra des poules présente cette particularité singulière de ne pas se développer et de périr rapidement dans l'eau de levûre de bière, si propre au développement d'autres êtres microscopiques, en particulier de la bactéridie charbonneuse.

Une autre particularité de ce microbe est d'être relativement inoffensif pour le cochon d'Inde. L'inoculalion du liquide à ce dernier animal produit seulement un abcès localisé au point d'inoculation, et qui, après s'être ouvert spontanément, se guérit sans que l'animal ait cessé de manger, et d'avoir toutes les apparences de la santé. Cependant le pus de cet abcès, où fourmille le microbe, inoculé à des poules, les tue rapidement.

Quelques gouttes d'une culture du microbe, déposés sur du pain ou de la viande avalés par les poules, suffisent pour développer, dans le canal intestinal de ces poules, des myriades de microbes

qui sont expulsés avec les excréments, et qui font périr tous les individus auquels on les inocule.

La virulence du liquide obtenu par des cultures successives est si grande que, par l'inoculation d'une minime fraction de goutte d'une culture, vingt fois sur vingt la mort arrive en deux ou trois jours, et le plus souvent en moins de vingt-quatre heures.

Par certains changements dans le mode de culture, on peut faire que le microbe infectieux soit diminué dans sa virulence.

La diminution de la virulence se traduit dans les cultures par un faible retard dans le développement du microbe ; mais au fond, il y a identité de nature entre les deux variétés de virus. Sous le premier de ses états, l'état très-infectieux, le microbe inoculé peut tuer vingt fois sur vingt; sous le second, il provoque vingt fois sur vingt la maladie et non la mort.

Le choléra des poules offre une immunité du même genre que celle que donnait autrefois l'inoculation du virus varioleux pour la variole, que donnent aujourd'hui l'inoculation de la vaccine pour la variole, de la clavelle, de la péripneumonie, pour les affections des moutons ou des animaux de l'espèce bovine.

Il existerait donc, suivant M. Pasteur, une sorte de vaccin du choléra des poules, avec cette différence considérable que ce vaccin est un être vivant.

La virulence, du moins, dans le petit nombre des cultures qu'il a tentées, ne s'est pas exaltée, et, en conséquence, on peut croire à l'existence d'un véritable vaccin.

On possède donc aujourd'hui une maladie à parasites microscopiques qu'on peut faire apparaître dans des conditions telles qu'elle ne récidive pas, malgré son caractère parasitaire. En outre, on lui connaît une variole de son virus qui se comporte vis-à-vis d'elle à la manière du vaccin vis-à-vis de la variole.

Lorsque les poules inoculées par le liquide de culture atténué reviennent à la santé, à la suite des inoculations faites sur les muscles pectoraux, on observe des phénomènes très-curieux. Le microbe se multiplie dans l'épaisseur des muscles, comme il le fait dans un milieu de culture. En même temps le muscle se tuméfie, durcit et blanchit à la surface comme dans son épaisseur.

Il devient lardacé, rempli de globules de pus, toutefois sans suppuration. Les éléments histologiques se rompent avec une grande facilité, parce que le microbe qui les imprègne par îlots nombreux, les altère et les désagrége en se nourrissant d'une partie de leur substance. Dans le cas de guérison, le parasite est arrêté peu à peu dans son développement et disparaît, en même temps que la partie nécrosée du muscle se rassemble, durcit et se loge dans une cavité dont toute la surface ressemble à celle d'une plaie bourgeonnante de très-bonne nature.

La partie nécrosée finit par constituer un séquestre si bien isolé dans la cavité qui le renferme, qu'on le sent sous le doigt, à travers la peau, dans l'intérieur du muscle, et que, par la moindre incision, on peut le saisir avec une pince et l'extraire. La petite plaie faite à la peau se cicatrise tout de suite, et la cavité où le séquestre était logé se remplit peu à peu des éléments réparés du muscle.

Si l'on réinocule une poule ainsi vaccinée par une ou plusieurs inoculations antérieures du virus affaibli, que se passe-t-il ? La lésion locale sera, pour ainsi dire, insignifiante, relativement à celles que les premières inoculations avaient produites. Celles-ci provoquent une altération si grande du muscle, que d'énormes séquestres se sentent sous le doigt. La cause des différences des effets de ces inoculations paraît résider tout entière dans une grande facilité relative du développement du microbe, à la suite des premières inoculations, et, pour la dernière, dans un développement pour ainsi dire nul ou très-faible et promptement arrêté. Le muscle qui a été malade est devenu, après la guérision du séquestre, en quelque sorte impuissant à cultiver le microbe, comme si ce dernier, par une culture antérieure, avait supprimé dans le muscle quelque principe que la vie n'y ramène pas et dont l'absence empêche le développement du petit organisme.

Dans la pensée de M. Pasteur, cette explication deviendra vraisemblablement générale et applicable à toutes les maladies virulentes.

Il est inutile d'insister sur l'importance de cette communication qui a été accueillie par d'unanimes applaudissements.

REVUES GÉNÉRALES

DE L'ANTAGONISME EN THÉRAPEUTIQUE

La question de l'antagonisme en thérapeutique a généralement été étudiée jusqu'ici, plutôt au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique. Il est certain cependant que, sous ce rapport, le praticien aurait besoin de posséder des notions précises.

Le Dr Leblanc, élève du professeur Gubler, vient d'essayer de combler en partie, cette lacune dans le *Journal de thérapeutique*. Nous allons analyser ce travail en y ajoutant quelques détails.

On peut attribuer au mélange de substances absolument antagonistes, dans une même formule, beaucoup de mécomptes et de déconvenues faciles à éviter.

D'ailleurs, l'habitude des formules complexes tend à se restreindre de jour en jour. On dit parfois, que c'est là l'effet de l'ignorance des médecins dans l'art de formuler. Nous avouons n'avoir aucun goût pour ces longues formules dans lesquelles le médecin réunit comme à plaisir les substances souvent les plus disparates. On comprend parfaitement que, pour un pharmacien, le médecin qui ne réunit pas dans une potion une quantité de substances raisonnables, ne soit pas un médecin sachant formuler. L'art de la formule tend à se perdre précisément parce que le médecin apprend un peu mieux les propriétés physiologiques des médicaments.

Si certaines associations se recommandent à l'attention du thérapeute, c'est que l'action des composants est non pas antagoniste, mais synergiques.

Nous ne prétendons pas dire cependant, que les formules complexes soient abandonnées. Loin de là, mais nous disons, que leur usage diminuera, ou que leur composition changera avec connaissance plus complète des propriétés des médicaments. C'est à ce titre que le travail du Dr Leblanc est d'une grande utilité pratique.

Opium. — On associe parfois dans une même potion l'opium, l'extrait thébaïque ou la morphine, soit à la *digitale*, soit au *colchique*, soit à la *vératrine*, soit au *quinquina* ou à la *quinine*, soit au *hermès*, soit à l'*ipéca*, au *tartre stibié*, etc., et même à certains *purgatifs*.

Résumons les effets de l'*opium*. L'opium diminue les facultés d'absorption de la muqueuse digestive; tarit les sécrétions salivaire, gastrique, intestinale, urinaire, etc.; amoindrit l'activité nutritive, congestionne l'extrémité céphalique et toute la périphérie cutanée, dont les capillaires se dilatent en même temps que la sécretion sudorale augmente et que s'accroissent la fréquence et la plénitude du pouls.

La *digitale* a, sur la circulation, une action opposée. Ainsi elle ralentit le pouls, qui devient en même temps plus résistant, les capillaires se contractent, la sécrétion urinaire augmente et, à doses fortes, on constate également de l'hypercrinie de la plupart des glandes, ce qui amène fréquemment de la salivation, des nausées et même des vomissements.

Concluons, comme M. Leblanc, que l'association de l'opium et de la digitale sera formellement contre-indiquée, quand on se propose d'obtenir avec cette dernière, soit les effets toniques de la circulation, et antiphlogistiques, soit les effets diurétiques.

Y a-t-il cependant des cas où l'association de l'opium et de la digitale soit indiquée? On pourrait, chez les malades prédisposés aux hyperhémies encéphaliques, unir la digitale à l'opium, afin de combattre les tendances hyperhémiantes de l'opium sur l'encéphale.

Il y aurait, d'ailleurs, dans ces cas, mieux à faire. Il serait certainement préférable d'associer à l'opium le *bromure de potassium*. La différence du bromure de potassium et de la digitale consiste principalement dans ce fait, que la digitale exerce une action directe sur le cœur et produit ainsi une augmentation de la tension vasculaire, tandis que le bromure de potassium au contraire, n'agit que sur les capillaires, en restreignant leur calibre par l'intermédiaire des vaso-moteurs. On conçoit donc l'avantage de substituer le bromure de potassium à la digitale, dans ce cas, d'autant que les effets hypnotiques de l'opium ne seront nullement diminués par cette association.

L'association du *colchique*, de la *vératrine*, etc., à l'opium n'est pas mieux justifiée. « Administrer concurremment les deux agents à doses équivalentes, c'est s'exposer, dit Gubler, à les voir se neutraliser dans leurs effets les plus apparents. »

On trouve de nombreuses préparations dans lesquelles le colchique est associé à l'opium; le vin de colchique opiacé, de nombreuses pilules anti-goutteuses. A cet égard, on peut invoquer l'autorité de M. Bouchardat, qui affirme s'être généralement bien trouvé d'avoir, dans ces différentes formules de pilules anti-goutteuses, remplacé l'opium par le *sulfate de quinine*.

Il y a cependant des cas où le colchique est mal supporté. Les malades le vomissent presque immédiatement. Alors de petites doses d'opium données dans le but de calmer la susceptibilité de l'estomac peuvent rendre de grands services. « L'action générale de l'opium et des stimulants diffusibles, dit encore Gubler, est contraire à celle du colchique, ce qui ne veut pas dire qu'une petite dose d'opium *ingérée préalablement* dans le but d'engourdir la sensibilité de la muqueuse gastrique, ne favoriserait pas les effets éloignés du colchique en assurant son absorption. »

L'antagonisme de l'*opium* et du *quinquina*, est établi par ce fait que l'empoisonnement par l'opium est combattu avec avantage par la quinine. « L'action pharmacodynamique du sulfate de quinine, dit Gubler, semble en tout opposée à celle de l'opium, et l'expérience, après la théorie, prouve la réalité de cet antagonisme. »

Nous ne saurions trop blâmer, dit M. Leblanc, un praticien qui cherchait à calmer une névralgie palustre, par une injection hypodermique de morphine, *loco dolenti*, en même temps qu'il combattrait l'influence du miasme par le quinquina donné à l'intérieur.

On voit parfois associés dans une potion l'opium et l'*extrait de quinquina*. Ce dernier est donné dans le but de tonifier, de stimuler l'appétit, de modérer des fibricules plus ou moins intenses, etc. L'*opium*, au contraire, produit un état saburral des premières voies, la diminution de l'appétit, une sorte de fièvre artificielle souvent très-prononcée.

Un sujet plus important, dont les conséquences sont plus graves encore, est abordé par M. Leblanc. Il s'agit des *vomitifs*, et, en particulier, des *antimoniaux*.

Nous n'hésitons point à le déclarer tout d'abord, dit M. Leblanc, nous ne sommes point partisan de la tolérance et nous ne croyons pas qu'il faille jamais la rechercher, ce qui équivaudrait à demander à un médicament de produire des effets thérapeutiques sans exercer son action physiologique, par l'intermédiaire de laquelle seule il est apte à agir sur l'organisme vivant. Nous croyons que le *tartre stibié*, le *kermès* et les diverses *préparations antimoniales* agissent en provoquant la sécrétion des glandules de la muqueuse digestive et bronchique, en produisant la nausée et le vomissement, dont les conséquences immédiates sont le rejet des matières qui chargent l'estomac et des mucosités bronchiques, et les conséquences plus éloignées, la diminution de la fièvre par la spoliation qu'entraînent les vomissements abondants et par l'abattement général, l'état de langueur, de dépression et la sudation, pour ainsi dire critique, qui les suit.

Quant à une puissance antiphlogistique directe, spécifique pour Rasori, des antimoniaux, qui exerceraient d'autant mieux leurs propriétés curatives qu'ils amèneraient moins la révolte stomacale, qu'ils seraient mieux tolérés, nous n'y croyons point. Aussi proscrivons-nous les hautes doses de tartre stibié qui, affaiblissant trop le sujet, n'amènent que des évacuations alvines sans vomissements, qu'il n'a plus la force de produire et proscrivons-nous aussi l'association du même agent ou de ses congénères (*kermès, verre d'antimoine, oxyde blanc d'antimoine*, etc.) avec une préparation opiacée donnée dans le but de les faire tolérer ou dans celui, que nous jugeons illusoire, d'obtenir à la fois dans leur intégrité les deux actions.

Que si l'on ne veut point obtenir de vomissements, mais seulement maintenir le malade dans cet état nauséeux si favorable aux affections du poumon et des bronches, mieux vaut ne donner que de très-faibles doses de tartre stibié, 1 ou 2 centigrammes, par exemple, dans une potion de 100 grammes à prendre par cuillerées, que de neutraliser les effets d'une dose plus forte à l'aide d'une quantité variable d'opium, et si l'on juge utile d'administrer ce dernier agent pour produire le calme, il faut momentanément suspendre l'administration de la préparation stibiée.

Cependant, objectera-t-on, certains médicaments complexes justement recommandés, la *poudre de Dower*, par exemple, renferment associés l'opium et la *poudre d'ipécacuanha*.

Oui, mais cette préparation, estimée à juste titre, se donne comme essentiellement calmante et sudorifique. L'ipéca ne s'y trouve point dans un but vomitif ou nauséant, mais uniquement dans celui de fariser la diaphorèse.

On a beaucoup parlé aussi de l'antagonisme de la *belladone* et de l'*opium*, de l'*atropine* et de la *morphine*. Béhier a beaucoup insisté sur l'antagonisme de ces deux substances et il a publié plusieurs observations à ce sujet. Trousseau et Pidoux soutiennent aussi l'antagonisme ; ils admettent que la belladone fait cesser le narcotisme, et, réciproquement, que l'opium fait cesser les symptômes de l'intoxication belladonée ; ils admettent de plus que, à condition que les doses ne soient pas massives, l'économie reste indifférente à l'action d'un mélange d'atropine et d'opium.

Gubler, au contraire, range l'opium parmi les synergiques de la belladone. L'opium, dit-il, bien qu'il atteigne ce but par d'autres voies, ajoute son action stupéfiante à celle de la belladone. En fait, et toute spéculation théorique mise à part, les effets sédatifs de l'opium et de la belladone se *superposent* et se complètent souvent ; les doses toxiques de l'un ne parviennent pas toujours, tant s'en faut, à neutraliser les symptômes dominants de l'autre.

Gubler admet que, si l'administration de la belladone n'empêche pas la mort d'un sujet empoisonné par l'opium, cela tient à ce que les actions opposées des deux agents ne se font pas équilibre partout, celui-ci portant son principal effort sur un point, celui-là sur un autre, et les résultats définitifs s'ajoutant en partie au lieu de s'annuler, ne feraient que deux quantités égales, précédées des signes de noms contraires.

Fraser et Bennet ont fait à ce sujet d'intéressantes expériences au nom de l'association médicale britannique et ils affirment que, au point de vue de l'empoisonnement, la morphine et l'atropine, loin de se contre-balancer, ajoutent leurs effets.

D'autre part, les observations de Gros, de de Fourcault, d'Oliver, ont montré qu'il était avantageux dans certains cas de se servir en injection hypodermiques d'un mélange d'atropine et de morphine.

Voici d'ailleurs, une formule dont se sert M. Dujardin-Beaumetz :

Chlorhydrate de morphine	10 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine	1 —
Eau de laurier-cerise	20 grammes.

Un gramme de cette solution contient un demi-centigramme de morphine et 1 demi-milligramme d'atropine.

« Au contraire, l'antagonisme de l'atropine avec la *fève du Calabar* et l'*ésérine*, son principe actif, est l'un des plus parfaits que la science possède actuellement. C'est un véritable type, ainsi qu'il résulte des expériences de Thomas Fraser, et jamais ces substan-

ces ne devront se trouver associées dans la pratique. Cette recommandation est d'ailleurs parfaitement platonique, car ces agents dangereux ne sont employés qu'avec circonspection, et nul praticien, si téméraire ou si brouillon qu'il puisse être, ne sera tenté d'expérimenter leur association, qui reste du domaine des études de laboratoire.

« Nous en dirons autant de l'antagonisme de l'ésérine avec l'*hyoscyamine*.

« Ces exemples pourraient être multipliés à l'infini, nous pourrions passer en revue l'antagonisme de l'*alcool*, par exemple, avec la *strychnine*, du *chloral* avec la *strychnine* et la *picrotoxine* de l'*opium*, de la *ciguë*, du *haschich*, de l'*éther* et du *chloroforme* avec ces derniers agents; mais, nous le répétons, notre intention n'a pas été de faire dans ces quelques lignes une étude complète de la question, mais seulement d'appeler sur elle les réflexions et l'attention des praticiens.

« Cependant, nous ne pouvons résister au désir de signaler une formule qui a été dernièrement portée à notre connaissance, et qui nous a paru éminemment défectueuse. Il s'agissait d'un cas de chorée, et le médecin traitant, connaissant l'efficacité du *bromure de potassium* dans cette affection et se rappelant aussi les bons résultats obtenus par Trousseau avec le *sulfate de strychnine*, n'avait rien trouvé de mieux à faire que d'associer les deux médicaments dans une même potion. Il en résultait d'abord une drogue abominable que l'enfant le plus docile ne pouvait se résoudre à accepter, et, ensuite, l'absence de résultats satisfaisants nous fit conclure, conformément à la théorie, que l'action de l'un et de l'autre de ces agents devait se trouver réciproquement contrariée, l'un augmentant la force excito-motrice de la moelle, l'autre la réduisant. »

La connaissance des effets antagonistes des médicaments a donc une importance pratique de premier ordre. Citons encore à cet égard, l'antagonisme des *anesthésiques* et des *vomitifs*. Ainsi M. Chouppe (*Gazette hebdomadaire*, 1875), a rapporté l'observation d'un homme qui s'était empoisonné avec une forte dose de chloral, il fit donner par la bouche 0 gr. 05 de tartre stibié avec peu d'espoir d'ailleurs d'obtenir des vomissements, mais comme essai pouvant être utile. Le tartre stibié ne produisit aucun effet, si ce n'est un peu de diarrhée le lendemain.

Le praticien doit donc se rappeler qu'il n'a pas à compter sur les vomitifs dans les cas d'empoisonnement par les anesthésiques.

HYGIÈNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

De la réglementation des tétées

A propos de l'article paru dans le nº 5 sur l'alimentation du nouveau-né, nous avons reçu un certain nombre de lettres et de brochures. Nous signalons parmi ces dernières un travail très-intéressant du Dr de Wehling, (de Rouen) dont les conclusions sont en complet accord avec les idées défendues par le Dr J. Grangé.

Le Dr Lemaire (du Tréport) nous écrit aussi pour nous signaler la brochure publiée par la *Société française d'hygiène*, intitulée : *Hygiène et éducation de la première enfance*. Voici ce qu'on lit en effet, dans ce travail, d'ailleurs très-bien fait : « Pendant les trois ou quatre premières semaines, on donnera le lait non écrémé avec deux tiers d'eau. Les deux mois suivants (2e et 3e), le lait et l'eau seront à parties égales. A partir du quatrième mois, on n'ajoute plus au lait qu'un quart d'eau. Enfin, vers le sixième mois, on finit par donner le lait pur ou presque pur. »

Nous n'avons pas à revenir ici sur les raisons concluantes selon nous, données par le Dr Grangé et qui vont à l'encontre d'une semblable manière de prouver.

Du reste ce précepte absolu dans l'alimentation des enfants nouveau-nés, nous semble méconnaître entièrement les variations qui s'observent d'un enfant à l'autre. Le lait de la mère, ce type alimentaire varie certainement dans la composition et une réglementation aussi absolue, serait-elle justifiée au point de vue de l'analyse chimique, ce que nous ne croyons pas d'ailleurs, ne l'est certainement pas au point de vue physiologique. On comprendra mieux notre pensée, si l'on consulte ce que les rédacteurs de la brochure de la *société française d'Hygiène*, trop préoccupés selon nous de donner des règles fixes, des lois, ont écrit à propos de la *réglementation des tétées :*

« La régularisation des tétées de l'enfant est un des « points essentiels de la question d'allaitement, et « c'est dès le début, qu'il importe de régler le moment « ou la durée des repas. Un nouveau-né ne doit téter « que TOUTES LES DEUX HEURES pendant le jour et seu- « lement toutes les trois ou quatre heures pendant la « nuit : ce qui fait huit à dix tétées par vingt-quatre « heures. La durée de chaque tétée ne doit pas dé- « passer dix à douze minutes. »

Nous ne pouvons mieux faire sur ce point que de citer une note du Dr Grangé (1), dont nous partageons pleinement les conclusions sur ces prétendues lois absolues :

« Voici sur un point intéressant d'hygiène infantile, un confrère qui rompt complétement avec la routine. Dans le Bulletin général de thérapeutique, le Dr Kobryner, après avoir rappelé que les affections gastro-intestinales tuent un grand nombre d'enfants et que ces affections doivent être généralement mises sur le compte d'une mauvaise alimentation ou d'une hygiène défectueuse, le Dr Kobryner, dis-je, examine, s'il est bien logique, s'il est d'une hygiène bien entendue, de régler d'une manière pour ainsi dire mathématique les heures de repas des nourrissons Depuis quelques années, en effet, les médecins prescrivent cette réglementation, et comme elle n'est observée que par un très-petit nombre de personnes, relativement au grand nombre de nourrices qui ne suit point encore ce conseil, on en peut, sinon conclure, du moins présumer avec l'auteur de l'article, que cette réglementation des tétées n'est point basée sur une observation rigoureuse, mais qu'elle est le fait d'une idée préconçue ou, si l'on veut, d'un raisonnement par analogie. Il semble, en effet, que l'on a conclu de l'adulte à l'enfant et bien plus, ce qui est d'une mauvaise méthode clinique, de l'adulte malade à l'enfant sain.

« Certes, si les nécessités réclament pour l'homme cette réglementation des heures de repas, l'hygiène et la thérapeutique l'exigent quand il s'agit d'un dyspeptique. Tout le monde a pu, en effet, observer l'heureuse influence de la réglementation sur un état dyspeptique; mais de là à conclure que cette réglementation est absolument nécessaire chez le nourrisson,

(1) *De la réglementation des tétées.* Broch. in-8º, 1879. Extrait du Journal des Connaissances médicales.

nous croyons qu'il y a exagération et, bien plus, qu'il y a abus. Non pas que nous admettions, avec le Dr Kobryner, que la dyspepsie n'existe pas chez l'enfant à la mamelle; elle existe si bien pour nous que c'est justement le cas où nous nous permettions de conseiller la réglementation. Mais nous préférons, bien qu'ils ne soient point péremptoires, les arguments que nous allons énumérer et qui sont donnés par notre confrère, en faveur de la non-règlemetation des tétées, à savoir : « que régler l'heure des tétées chez un nouveau-né c'est le meilleur moyen de rendre son estomac délicat, et d'exposer l'enfant à des troubles digestifs au moindre écart de régime; qu'il est enfin peu rationnel de lutter contre l'instinct de l'enfant et de lui faire prendre des habitudes que son instinct repousse; d'introduire l'art où la nature se suffit à elle-même; de donner à l'enfant des habitudes d'un âge qui n'est pas le sien. » Et puis enfin, comme il le fait remarquer : les animaux ne règlent pas leurs petits, et puisqu'il s'agit d'une question purement animale, pourquoi ne pas faire comme les animaux?

« Cette réglementation est d'ailleurs si arbitraire que les uns affirment que le sein doit être donné toutes les heures et demie, toutes les deux heures, d'autres enfin toutes les heures. Il suffit de jeter les yeux sur ces brochures où l'on donne des *conseils aux mères* pour se rendre compte de la diversité des opinions sur cette question; diversité d'opinions qui pour moi est la condamnation même d'une réglementation qui n'est utile, on ne saurait trop le répéter, que lorsqu'un état pathologique de l'estomac de l'enfant l'exige.

« Enfin, notre confrère aborde, mais trop faiblement à notre avis, les points essentiels et sur lesquels on devrait insister pour bien démontrer l'inanité d'une réglementation. Je veux parler de la composition si différente du lait de femme, composition si variable chez la même femme d'un jour à l'autre et, disons-le, d'un instant à un autre.

« Que l'on réglemente des repas dont on connaît la valeur nutritive, soit; mais peut-on estimer la valeur nutritive d'une tétée, quand on sait que la richesse en matériaux nutritifs peut varier entre 90 et 137 gr. par 1000 gr. de lait de femme, comme j'ai eu l'occasion de m'en rendre compte dans mes recherches sur l'allaitement. Puisque la richesse des matériaux nutritifs du lait peut varier avec chaque femme et peut varier chez une même femme, est-ce que ce n'est pas l'instinct de l'enfant, ses besoins qui sont les meilleurs guides à suivre? Je viens de dire que la richesse des matériaux nutritifs du lait peut varier chez la même femme, eh bien, il y a des cas où la différence de composition du lait de chacun des seins est extrêmement grande.

« Je viens de voir une nourrice dont les seins et les mamelons sont également bien conformés, le lait donné par chacun d'eux est assez abondant, mais toutes les fois que l'enfant est mis au sein gauche il crie et refuse. Croyant à un caprice, je conseille d'insister et de commencer par le sein gauche quand l'enfant paraît affamé; l'enfant, après avoir crié, finit par téter, mais les tétées sont longues, pénibles, interrompues, l'enfant se fatigue et il s'endort au sein. Tout cela n'a pas lieu si l'enfant est mis au sein droit. Je recherchai alors la quantité de matériaux nutritifs contenus dans les deux échantillons de lait, et je trouvai que le lait du sein droit contenait 114 pour 1000 de matériaux nutritifs, tandis que le lait tiré du sein gauche n'en contenait que 65.

« Tout cela ne montre-t-il pas qu'il est peu rationnel de vouloir réglementer le nombre des tétées. Et voyez jusqu'où peut aller cette manie de réglementer; quelques médecins ne se contentent plus de recommander que les tétées soient prises de deux heures en deux heures, ils réglementent la durée des tétées! La Société française d'hygiène, par exemple, vient de décréter dans une brochure que les tétées doivent être de dix à douze minutes. Quelle tyrannie!

« Nous nous refuserions à subir cette réglementation dans la durée de nos repas; car, là où telle personne mettra un quart d'heure, telle autre peut mettre une demi-heure ou trois quarts d'heure pour mastiquer et déglutir la même quantité d'aliments, et nous imposerions des tétées de dix minutes à l'enfant! Mais il suffit de comparer plusieurs enfants à la mamelle pour voir que l'énergie de la succion et, par suite, la quantité de lait prise, dépend de plusieurs facteurs comme : le degré de faim, la vitalité de l'enfant, sa force musculaire, la forme du mamelon, la quantité de lait fournie par les seins, etc., etc.

« Enfin on pourrait encore invoquer la différence de poids des tétées. Prenez un enfant, même un enfant qui ne tête que toutes les deux heures, pesez-le avant et après chaque tétée afin de vous rendre compte du poids de ses tétées et, par suite, connaître la quantité de lait prise, quelle variabilité de poids! Vous trouverez des tétées de 12, 30, 45, 60 gr., etc. Ne voit-on pas par là que l'enfant prend ce qui lui est nécessaire et ce que réclament en un mot son estomac et son appétit.

« Je crois qu'il est inutile de plus insister et qu'il est facile de comprendre que les tétées ne doivent pas plus être réglementées dans leur durée que dans leur nombre chez un enfant à la mamelle, et dont les fonctions se font normalement.

« Ecouter l'instinct de l'enfant et examiner de temps en temps les matières excrémentitielles pour se rendre compte de l'état des digestions, comme le conseille le professeur Depaul, vaudra mieux que réglementer. »

Nous estimons que même en admettant le *coupage* du lait de vache ou de chèvre, c'est une façon antiphysiologique de comprendre les choses que de donner en quelques lignes des préceptes qui ne reposent sur rien. Il ne suffit pas que tous les auteurs soient d'accord sur un point, il nous faut encore comprendre les raisons qui ont dicté leur conduite. Or, comme le dit très-bien le Dr Grangé, c'est surtout dans l'état des digestions, révélé par l'examen des matières excrémentitielles qui permet de juger de différentes modes d'alimentation. C'est un critérium qui vaudra mieux, selon nous, pour guider le praticien, que les décrets, quelque respectables que puissent être les autorités qui les rendent.

En terminant, quelques considérations pratiques; nous déclarons néanmoins que, sous ces réserves, le travail fait sous les auspices de la Société française d'hygiène a son utilité. Nous faisons des vœux pour que les discussions qui ont eu lieu dans son sein sur cette question capitale de l'alimentation des nouveau-nés servent aux savants rédacteurs de l'opuscule en question. Comme le dit fort bien notre correspondant, le Dr Lemaire, le bruit qui s'est fait autour de cette société donne une grande importance à son travail; les noms qui figurent dans la composition de son bureau et de son conseil d'administration, font accepter sans conteste cette brochure « qui devient ainsi l'œuvre la Société française d'hygiène, » comme on le lit à la première page.

Dr P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

QUELQUES FAITS SUR L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

Comme les dernières années, « si les médecins souffrent de la concurrence illégale, les malades continuent à en mourir, » à se faire estropier, et nous pouvons ajouter : ne s'en plaignent pas tous. Voyez ce que nous rapporte M. Sentex :

« Il y a deux mois environ, arrive chez lui un habitant d'une commune voisine. Cette homme avait eu quelques mois auparavant, à la suite d'une chute malheureuse, une luxation du coude droit en arrière, compliquée de fracture.

« Le rebouteur qu'il alla trouver, après lui avoir fait endurer les plus dures souffrances, lui emprisonna le coude dans un bandage vigoureusement serré, en lui laissant l'avant-bras dans l'extension la plus complète et la plus forcée.

« Vous voyez d'ici l'état de ce malheureux trois mois après cet intelligent et méthodique traitement : son membre supérieur droit lui était absolument inutile. Comme il était le seul soutien de toute sa famille, il était désespéré et demandait à grands cris que l'on vînt à son secours.

« Je lui promis d'aviser, dit M. Sentex, et je profitai de l'occasion pour savoir s'il ne conservait pas contre son rebouteur une haine assez vigoureuse pour lui demander, en justice, compte du mal qu'il lui avait fait.

Je vis le moment où la colère de mon client de seconde main allait se tourner, non pas contre celui qui l'avait estropié, mais bien contre celui qui voulait le guérir. Il me déclara qu'il ne consentirait jamais à faire arriver malheur (*sic*) à un homme qui avait réussi bien souvent (*sic*), bien plus souvent que les médecins (*sic*), qui avait pu, sans que pour cela on dût lui en faire un reproche, se tromper une fois, mais qu'il irait certainement le retrouver si un accident du même genre lui arrivait (*sic*).

« Il me quitta brusquement, après m'avoir fait cette incroyable profession de foi, et ne reparut plus, craignant sans doute m'entendre dire encore du mal de son habile rebouteur. »

Dans l'Aveyron, il s'agit d'une femme dont la spécialité consiste à remettre les estomacs déplacés. Un des témoins cités par le tribunal mérite une mention particulière. C'est un frère de la doctrine chrétienne, qui affirme avoir été guéri par la femme Julie Besse, et qui répond à la demande du président : « Vous n'avez plus rien à dire? » par ces paroles : « Pardon, je veux ajouter qu'il serait bon que cette femme fût autorisée à continuer son utile métier, parce que les médecins ne connaissent pas cette maladie. » Ces paroles ne furent pas relevées par le tribunal, mais la femme fut condamnée à 5 fr. pour chaque contravention, en tout 10 fr. d'amende, et aux dépens liquidés à 81 fr. 18 c.

Le secrétaire, M. le docteur Segnret, rappelle, à ce propos, que l'insuccès n'enlève pas aux victimes des rebouteurs leur inaltérable confiance, qu'elles viennent déclarer qu'elles sont guéries, et quelquefois dans de telles conditions, que l'enceinte du tribunal ressemble plutôt à une salle de l'hôtel des Invalides qu'au sanctuaire de la justice.

La nature humaine est ainsi faite. On ne veut ni avouer aux autres, ni même à soi-même, qu'on a été dupe. « Qui de vous n'a lu, ajoute le secrétaire de l'Aveyron, le procès de ce photographe spirite qui, pour de l'argent, faisait tracer par des esprits l'image d'un parent, d'un ami, morts depuis longtemps, et qui a été forcé, à l'audience, d'avouer sa supercherie. N'a-t-on pas vu un grand nombre de personnes, un colonel entre autres, venir affirmer que c'était bien la photographie d'un de ses ancêtres que lui avait livrée le photographe spirite, et persister dans son affirmation, malgré les aveux de ce photographe, qui venait déclarer qu'il avait trompé le colonel ?... Ce brave colonel ne voulait pas avoir été dupé. »

Tous les malades ne conservent pourtant pas pour leur rebouteur malheureux les mêmes sentiments de gratitude. Témoin l'histoire que nous communique le secrétaire de la Loire. Cette fois, le malade avait eu, trois mois auparavant, une luxation de la cuisse, traitée et non réduite par un rebouteur. Dirigé sur l'hôpital de Lyon, le malade fut guéri et en revint avec un certificat assez circonstancié pour pouvoir intenter un procès à son rebouteur. Celui-ci, inquiet, jugea prudent d'arrêter les poursuites et compta 700 francs à sa victime, et paya en outre 200 fr. de frais. *(Annuaire de l'Association générale).*

Extrait du recueil des actes administratifs.

HOSPICES ET BUREAUX DE BIENFAISANCE

« D'après la jurisprudence constante du ministère de l'intérieur, basée sur l'article 1er du titre II de la loi du 24 vendémiaire an III, les médecins des hospices et bureaux de bienfaisance, se trouvant placés sous l'autorité des commissions qui les *nomment* et *révoquent*, en vertu de l'article 14 de la loi organique du 7 août 1851, ne peuvent être membres des commissions des hospices et bureaux de bienfaisance. »

Il est bien évident qu'il ne s'agit que des médecins qui reçoivent une rétribution.

NOTES CLINIQUES

Etiologie des rétrécissements de l'urèthre. — La question de l'étiologie est un point capital dans l'histoire des rétrécissements de l'urèthre, car s'il est vrai que cette affection soit fort commune, il arrive souvent aussi qu'on la suppose là où elle n'est pas et qu'on accuse d'en être atteints certains sujets qui n'y ont aucun droit. L'étiologie en est, en effet, parfaitement déterminée, et lorsque l'on croit trouver un rétrécissement alors que, dans les antécédents, rien ne peut être invoqué comme cause de cette lésion, il est prudent de rester dans le doute et de ne rien affirmer. On rencontre fréquemment des individus soupçonnés, à tort, de rétrécissement, et pour lesquels la notion de l'étiologie permet seule d'établir quelle doit être l'attitude du chirurgien.

Il y a trois questions principales à poser au malade que l'on croit atteint de rétrécissement : savoir s'il a eu une blennorrhagie, s'il a subi un traumatisme du côté de l'urèthre ou s'il a eu une ulcération au voisinage du méat. Cette dernière question n'a pas grande importance, car elle se résout d'elle-même par l'examen direct. Mais les autres points sont plus difficiles à élucider. Une blennorrhagie peut avoir été oubliée et il est souvent nécessaire de bien interroger le malade pour en retrouver la trace. Mais il est souvent plus difficile encore de savoir s'il y a eu traumatisme,

et c'est bien souvent parce qu'on n'a pas su éclaircir ce point qu'on affirme qu'un rétrécissement est spontané.

Les grands traumatismes sont faciles à déterminer surtout quand il y a eu chute à califourchon, genre de chute qui amène fréquemment la rupture de l'urèthre. Mais il y a toute une catégorie de rétrécissements qui ont la région pénienne pour siège et qui sont le résultat de traumatismes plus difficiles à retrouver dans les antécédents.

Il y a deux circonstances assez différentes dans lesquelles ce traumatisme peut se produire sans qu'il en résulte un souvenir bien exact pour le malade. C'est tout d'abord le cas où il y a eu à la suite d'une chaude-pisse dite cordée, rupture de la corde soit spontanée soit volontaire. La rupture spontanée peut en effet se produire et être accompagnée d'une hémorrhagie. C'est ce qui est arrivé chez un malade du service qui, atteint d'une blennorrhagie de ce genre, très-intense, fut soulagé à la suite d'une hémorrhagie abondante survenue à la suite de la rupture spontanée de la corde uréthrale. Ce ne sont pas d'ailleurs là des ruptures complètes, mais elles suffisent pour amener plus tard des rétrécissements. Mais en dehors de cela, il est une condition étiologique plus délicate, sur laquelle les renseignements sont plus difficiles à obtenir : c'est le coït. Fréquemment en effet, en interrogeant les malades sur ce sujet, on apprend qu'à la suite du coït, ils ont ensanglanté leur linge; mais ils n'y ont attaché aucune importance, de sorte que si les questions ne sont pas dirigées sur ce point précis, on peut croire que ces malades ont échappé à tout traumatisme uréthral; et cependant cette hémorrhagie indique qu'il y a eu rupture partielle de l'urèthre, rupture qui put être plus tard la condition de la production d'un rétrécissement.

Si l'on recherche maintenant dans quelles proportions agissent ces différentes causes, on reconnaît d'après la statistique : que les rétrécissements traumatiques sont en minime proportion; il n'y a environ que cinq pour cent des rétrécissements qui aient une autre origine que la blennorrhagie. Il faut donc savoir comment se comporte la blennorrhagie au point de vue du temps qu'elle met à déterminer les lésions qui amènent le rétrécissement, et cela est important parce que le seul fait d'une uréthrite rebelle ou très-longue à guérir suffit pour éveiller l'idée d'un rétrécissement. Or, de la statistique de Thompson, il résulterait que le plus grand nombre des rétrécissements se produirait entre trois et huit ans après la blennorrhagie. La statistique de M. Guyon portant sur cent-huit cas, montre que les chiffres les plus élevés des rétrécissements sont entre dix et vingt ans après la blennorrhagie. En aucun cas, M. Guyon n'a vu le rétrécissement survenir immédiatement après ou en même temps que la blennorrhagie; l'intervalle a toujours été au moins d'une année. Il est vrai aussi qu'il a eu grand soin de s'assurer de l'époque à laquelle avait eu lieu la première chaude-pisse et c'est à celle-là qu'il faut faire remonter la période pendant laquelle se prépare le rétrécissement. Un malade actuellement dans le service présente cependant des troubles de la miction cinq mois après une blennorrhagie; mais c'est là une exception et c'est d'ailleurs un cas obscur, parce que le malade est tuberculeux et qu'il a eu de ce chef des accidents du côté des voies urinaires.

Le mode de traitement de la chaude-pisse a été considéré comme ayant une grande influence sur la production des rétrécissements : les injections en particulier ont été accusées d'en être la cause ordinaire; c'est là une erreur. Le fait ne pourrait être accepté que pour des injections caustiques ou intempestives, telles que les injections abortives, et elles n'agissent alors qu'en produisant une inflammation vive du canal, de sorte que le point important au point de vue de l'étiologie n'est pas de savoir quel traitement a été employé, mais bien si la maladie a été intense et durable, et à cela bien des causes peuvent contribuer.

Telle est l'évolution habituelle du rétrécissement d'origine blennorrhagique; elle est différente dans le rétrécissement d'origine traumatique; elle est toujours plus rapide; ainsi M. Guyon a dû faire récemment à un garçon de seize ans une uréthrotomie nécessitée par un traumatisme datant de quatre mois seulement. Ce malade, dont l'histoire est intéressante à bien des égards, avait fait une chute à califourchon sur un banc. Il y avait eu immédiatement écoulement de sang par le méat, en dehors des mictions. La nuit suivante il eut une rétention d'urine, mais l'on put pratiquer le cathétérisme qui n'eut pas besoin d'être renouvelé. Pourtant la miction redevint difficile, et deux mois après l'accident elle ne se faisait plus que goutte à goutte et, un moment même, il se produisit une nouvelle retention d'urine; le cathétérisme fut tenté de nouveau mais sans succès; néanmoins, comme cela arrive souvent, le contact de la sonde sur le rétrécissement suffisait pour déterminer une miction imparfaite mais qui le soulageait : enfin, un peu plus tard la rétention devint complète. A l'hôpital, le cathétérisme fut impossible et la ponction de la vessie dut être renouvelée deux fois; après quoi une bougie numéro 5 put être introduite avec difficulté. M. Guyon pratiqua l'urèthrotomie interne et les choses marchèrent ensuite très-régulièrement. On voit donc que dans ce cas, deux mois ont suffi pour qu'il se fut produit un rétrécissement assez étroit pour que la miction fût à peu près complètement empêchée.

Dans un autre cas, un homme reçut un coup de pied dans le périnée pendant qu'il urinait; il se produisit un écoulement de sang qui dura quarante-huit heures; mais il put être sondé : toutefois douze jours après, survinrent des troubles de la miction et deux mois après on avait de grandes difficultés à faire pénétrer une bougie numéro 5. Néanmoins le malade put être guéri par la dilatation, sans qu'on fût obligé de recourir à l'urèthrotomie.

Ces exemples montrent que le rétrécissement se produit toujours très-rapidement quand il y a un traumatisme, et cette marche est d'autant plus rapide que la déchirure de l'urèthre est plus étendue; lorsque le traumatisme résulte de la rupture de la corde dans la blennorrhagie, les choses vont moins vite, mais toujours plus rapidement que dans la blennorrhagie simple.

La conclusion de cette étude, c'est que, toutes les fois qu'il y a coarctation vraie de l'urèthre, elle est due soit à une blennorrhagie, soit à un traumatisme, soit à une ulcération. Sous cette influence étiologique le siège du rétrécissement peut donc varier, puisque la cause porte sur la région pénienne, périnéale ou le méat; mais on doit rester convaincu de ce fait qu'en dehors de ces trois causes, le rétrécissement vrai n'existe pas.

P. L.-C.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ERGOTINE

Note lue à l'académie de médecine, dans la séance du 3 février 1880, par le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le prolapsus du rectum peut être guéri facilement, et en un laps de temps relativement assez court, au

moyen d'injections faites avec une solution de l'extrait d'ergot, usité sous le nom d'ergotine. Par ce nouveau procédé, j'ai réussi à guérir trois adultes. Les observations me paraissent intéressantes et j'ai l'honneur de demander à l'Académie la permission de lui en communiquer la relation.

Observation I. — Au mois de janvier 1876, j'étais consulté par M. X..., âgé de 39 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, atteint depuis deux ans de spermatorrhée, et tourmenté depuis plus de huit années par les souffrances et les ennuis d'un prolapsus rectal permanent.

En saillie de deux centimètres, au moins, en dehors de l'orifice anal, formant un bourrelet annulaire, la muqueuse de l'intestin chroniquement enflammée, d'une coloration rouge foncée, était exulcérée et saignante, sauf sur quelques points limitrophes à la peau, où elle paraissait recouverte d'épiderme et comme cutanisée par un long séjour à l'air.

Elle était bornée en arrière par le relief de deux mamelons hémorrhoïdaires turgescents et violacés. L'orifice anal était notablement dilaté et très-douloureux au toucher.

Le malade, sujet, depuis de longues années à des congestions hémorrhoïdaires, et à des alternatives de constipation et de diarrhée, avait remarqué que la chute du rectum s'était produite après des efforts de défécation. Au début, il pouvait faire rentrer la tumeur; mais graduellement cette réduction était devenue inutile, le prolapsus se produisant presque immédiatement. Un écoulement incessant de muco-pus, en dernier lieu, presque toujours mélangé de sang, souillait le linge et obligeait à des pansements fréquents. La douleur rendait la marche pénible et gênait singulièrement la position assise.

Cette infirmité exerçait une influence fâcheuse sur l'état général. S'ajoutant aux effets débilitants de la spermatorrhée, elle contribuait à l'amaigrissement et à l'irritabilité extrême que je constatais.

J'essayai d'abord, comme agents thérapeutiques, des quarts de lavements à l'eau froide, au moment du coucher, puis des lavements de ratanhia. Je n'en obtins aucun résultat satisfaisant. Je tentai alors un nouveau traitement.

Enfonçant l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la peau, à 5 millimètres en dehors de l'anus, et dirigeant la pointe profondément vers le sphincter, je fis une injection avec 15 gouttes d'une solution d'ergotine au sixième.

Cette petite opération causa une douleur assez vive; elle fut suivie, pendant environ trois heures, d'une sorte de ténesme rectal et vésical.

Après cinq injections, à deux jours d'intervalle, la muqueuse rectale faisait à peine saillie à l'intérieur, le bourrelet avait diminué des deux tiers de son volume primitif. La réduction, une fois opérée, se maintenait pendant plusieurs heures.

Après la onzième injection, la procidence n'avait plus lieu que pendant la défécation, et se réduisait d'elle-même, dès que le malade quittait la position accroupie.

Cédant aux instances d'un homme, auquel les longues tortures de son infirmité faisaient entrevoir, avec terreur, la possibilité d'une rechute; obéissant, d'autre part, au désir d'obtenir une guérison durable, et d'assurer le succès d'un nouveau mode de traitement, je fis encore onze nouvelles opérations, distancées de trois ou quatre jours, complétant un total de 22 injections.

Il y a maintenant près de quatre ans que M. X. a pu reprendre toutes les habitudes d'une vie active et mondaine, sans la moindre apparence de récidive du prolapsus rectal. Il paraît définitivement guéri.

Cette guérison datait déja de près de deux ans lorsqu'elle fut constatée, au mois de janvier 1878, par M. le professeur Guyon, appelé à traiter M. X. d'une cystite aiguë.

Observation II. — Le succès fut bien plus prompt pour une dame de 64 ans, Madame B..., atteinte depuis trois ans et demi, d'un prolapsus rectal permanent, consécutif à des hémorrhoïdes. Le bourrelet de la muqueuse formait une saillie de deux centimètres, au centre d'une couronne d'hémorrhoïdes.

Le 4 décembre 1876, je fis une première injection. avec 15 gouttes de ma solution d'ergotine; et, ensuite, à deux jours de distance l'une de l'autre, cinq nouvelles injections, en augmentant d'une goutte chaque fois.

Dès la quatrième séance, la réduction se maintenait, et la procidence n'avait lieu que pendant la défécation.

Après la sixième injection, la guérison semblait parfaite.

Elle fut assurée par trois nouvelles injections, l'une après 3 jours, l'autre après 4, et la dernière après 5 jours d'intervalle.

Le traitement avait duré 24 jours.

J'ai revu Madame B... dans le courant du mois de juillet dernier, deux ans et demi après sa guérison; je me suis assuré que l'orifice anal, entouré de marisques, pâles et flasques, avait repris sa tonicité normale, et que rien n'indiquait une tendance à la réapparition de la chute du rectum.

Observation III. — A l'hôpital Saint-Louis, en juin 1877, j'ai obtenu une troisième guérison de prolapsus rectal. La malade, âgée de 45 ans, était affectée, depuis deux ans, de cette infirmité. Elle fut guérie en 15 jours par six injections, de 20 à 25 gouttes chacune.

Les injections ont toutes été faites à travers la peau, à peu près à cinq millimètres de l'orifice anal, soit dans la direction du sphincter, soit dans des hémorrhoïdes.

Sauf une modification favorable, exercée sur les tumeurs hémorrhoïdaires injectées, je n'ai pas remarqué de différence dans les effets consécutifs. La douleur, toujours assez vive, a été la même. Les contractions du sphincter et des fibres musculaires de l'intestin, — facilement appréciables par le toucher rectal, — ont également commencé après une dizaine de minutes, et duré, en moyenne, de 4 à 5 heures.

A plusieurs reprises, la forte dose de 25 gouttes provoqua le spasme du col de la vessie et une rétention d'urine durant 8 à 10 heures, notamment chez les malades des observations 1 et 3.

Chez des femmes atteintes de métrorrhagies symptomatiques de corps fibreux de l'utérus, que je traitais par la méthode d'Hildebrandt, deux fois déjà, j'avais remarqué le ténesme vésical et rectal survenant à la suite d'injections d'ergotine. C'est cette observation qui m'a conduit à l'emploi de l'ergotine en injections hypodermiques pour le traitement du prolapsus.

Les expériences physiologiques de MM. Laborde et Peton confirment les remarques que j'avais faites.

Ils ont observé que deux grammes de la solution d'Yvon, dont un centimètre cube équivaut à un gramme de seigle ergoté, injectés dans la veine crurale d'un chien de moyenne taille, déterminent la constriction du col de la vessie et la rétention d'urine. Ils ont vu l'intestin agité de contractions spasmodiques. Ils ont constaté que l'injection hypodermique, *in situ*, est notablement plus active que l'injection faite dans un point éloigné; ce qui démontrerait une action, en quelque sorte directe, de l'ergot de seigle sur la contraction des fibres musculaires et plus spécialement des fibres lisses.

Je me suis servi d'une solution de 1 gramme d'ergotine dans 5 grammes d'hydrolat de laurier-cerise. C'est la proportion d'un sixième adoptée par Hilde-

brandt dans sa première publication sur le traitement des corps fibreux de l'utérus.

Solution du profes. Hildebrandt, de Kœnisberg :

Extrait aqueux de seigle ergoté	3
Glycérine	7 1/2
Eau distillée	7 1/2

Chacune de mes injections était de 15 à 20 gouttes, ce qui est l'équivalent de 20 à 25 centigrammes d'ergotine, représentant un gramme et demi à deux grammes d'ergot de seigle. Aucune n'a été suivie d'inflammation, ni d'abcès.

Je n'ai pas observé d'accidents d'intoxication avec les fortes doses dont je me suis servi. On peut réussir avec une solution plus faible.

Il y a quelques mois, mon très-distingué collègue des hôpitaux, L. A. Ferrand, a guéri un prolapsus du rectum, datant de près de quatre ans, avec quatre injections, d'environ trente gouttes, de la solution de M. Moutar-Martin.

Ergotine	2 grammes
Glycérine	15 grammes
Eau distillée	15 grammes.

La guérison obtenue, le 27 juin dernier, ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. L'observation a été communiquée par M. A. Ferrand, à la Société de thérapeutique, dans la séance du 10 décembre 1879.

Il résulte des observations et des considérations précédentes que :

1° Les injections hypodermiques, faites *in situ*, avec une solution d'ergotine ou, pour parler plus exactement, d'extrait d'ergot, sont d'une efficacité remarquable pour la guérison du prolapsus du rectum.

2° L'action physiologique de l'ergot de seigle, aujourd'hui parfaitement déterminée par l'observation clinique et par les recherches expérimentales, donne l'explication rationnelle de ces résultats thérapeutiques.

VARIÉTÉS

DE LA PRÉCOCITÉ, PAR M. LE Dr G. DELAUNAY

Communication à la Société de biologie, d'après la Gazette des Hôpitaux.

La rapidité de développement constitue la précocité que M. Delaunay a étudiée suivant les espèces, les races, les sexes, etc.

Espèce. — Les animaux se développent d'autant plus rapidement qu'ils sont plus inférieurs. La force de développement, dit Claude Bernard, est plus considérable chez les animaux inférieurs. Suivant M. Paul Bert, le développement des petits animaux se fait plus vite que celui des gros. L'éléphant, par exemple, n'a achevé sa croissance qu'à quarante-trois ans. L'homme est, de tous les animaux, celui qui met le plus longtemps à se développer puisque son cerveau peut augmenter de volume jusqu'à cinquante ans.

Race. — Les races anciennes, qui étaient des races inférieures par rapport à nous, se sont développées rapidement et les civilisations inférieures fondées par ces races ont été des civilisations précoces. Au contraire, les civilisations actuelles, qui sont bien supérieures aux anciennes, ont mis très-longtemps à se développer et sont encore en pleine ascension.

Les races inférieures actuelles sont toutes précoces. La petite Esquimau qu'on voyait, il y a quelques années, au Jardin d'acclimatation, était aussi avancée physiquement et intellectuellement à un an qu'une petite Française de deux ans. A douze mois son système dentaire, d'après M. Magitot, correspondait à celui qui chez nous se rencontre au vingt-sixième mois. MM. Hamy et Fould ont noté le développement physique des nègres qui, jusqu'à dix-huit ans, sont plus vigoureux que les blancs. Les jeunes Arabes, Cochinchinois, Japonais, etc., sont plus intelligents que les jeunes Français. Dans les lycées de Paris les élèves japonais obtiennent les premières places jusqu'à seize ans. Sur tout le littoral méditerranéen, dans les écoles, les petits Orientaux l'emportent jusqu'à un certain âge sur les petits Européens. Le cerveau qui, chez le blanc, s'accroît jusqu'à quarante-cinq ans et plus, cesse chez le nègre de s'accroître à partir de vingt ans. De même les races inférieures sont plus tôt nubiles que les races européennes.

A mesure qu'une race évolue, elle devient de moins en moins précoce. Les Français grandissent de moins en moins vite et sont moins grands à vingt ans que ne l'étaient leurs pères. Aussi a-t-on été obligé d'abaisser deux fois la taille de la conscription depuis le commencement du siècle. Cet abaissement est loin d'être un caractère de dégénérescence puisqu'en somme la taille de l'adulte s'accroît. M. Delaunay cite des chiffres prouvant que le même phénomène se produit en Italie où les conscrits sont, comme en France, de moins en moins précoces.

Dans une même race, certaines familles précoces se développent avant les autres, qu'elles arrivent à dominer. Plus tard ces dernières, dont le développement est lent, l'emportent sur les premières. Ainsi s'explique pourquoi les Mérovingiens, d'après M. Broca, avaient le crâne plus capace que les vilains, ont aujourd'hui, d'après les mensurations de M. Le Bon, la tête moins grosse que les savants, les lettrés et les bourgeois.

Sexe. — D'après tous les auteurs, le sexe féminin, à tous les points de vue, est plus précoce que le masculin. Dans toutes les espèces domestiques, la femelle est plus tôt formée que le mâle. Dans toutes les races humaines, la femme est pubère avant l'homme. Dans les écoles mixtes, les premières places dans les compositions appartiennent aux filles jusqu'à douze ans, puis aux garçons après cet âge.

Age. — D'après M. Boussingault, l'augmentation diurne des animaux domestiques est relativement d'autant plus grande qu'ils sont plus jeunes. De même, dans l'espèce humaine, la croissance, qui est d'un seizième de la taille dans la première année, n'est que d'un vingtième à quatre ans.

Chez le vieillard, où l'évolution est rétrograde, la rapidité de décroissance est d'autant plus grande que la vieillesse est plus avancée. La rapidité d'évolution caractérise donc l'extrême jeunesse et l'extrême vieillesse.

Mais la précocité peut être envisagée à un autre point de vue chez les jeunes animaux qui sont d'abord très-intelligents et subissent une sorte de recul en grandissant (développement récurrent de l'intelligence). Le squelette d'un singe se rapproche beaucoup du squelette de l'homme pendant l'enfance et s'en éloigne considérablement à l'âge mûr. De même, un jeune singe est plus intelligent qu'un singe adulte.

Constitution. — Les petits, les faibles sont plus précoces que les grands et les forts. Les blondes sont nubiles un an avant les brunes. Les enfants prodiges, dit Fall, sont presque toujours faibles de complexion. D'après le même auteur, les génies précoces deviennent souvent des sujets médiocres et même des imbéciles. Au contraire, d'après Falton, les hommes très-intelligents ont pendant leur enfance l'intelligence tardive.

M. Delaunay voudrait qu'on reculât les limites d'âge des concours pour les Ecoles navale, polytechnique, etc., qui favorisent les élèves précoces, au détriment de ceux dont le développement intellectuel est

lent, mais qui plus tard seront beaucoup plus intelligents que les premiers.

Côté. — Le cerveau droit est plus précoce que le gauche (Parrot). Aussi les enfants se servent-ils d'abord de la main gauche avant de se servir exclusivement de la droite. Plus tard le cerveau gauche l'emporte sur le droit.

Appareils et organes. — Les tissus et les organes se développent d'autant plus qu'ils sont plus inférieurs. Le cerveau, qui est le plus élevé des organes, est aussi celui qui se développe pendant le plus longtemps. Dans le cerveau les parties postérieures, inférieures, droites, elles se développent avant les parties antérieures, supérieures, gauches, où siégent les facultés les plus élevées. De même, au point de vue psychologique, les facultés inférieures : mémoire, etc., se développent avant les supérieures : abstraction, etc. Les facultés artistiques se développent avant les facultés scientifiques ; aussi le artistes sont-ils beaucoup plus précoces que les savants.

A mesure qu'une race évolue, elle acquiert des facultés supérieures qui refoulent pour ainsi dire les facultés inférieures. Aussi les vices qui faisaient que nos ancêtres étaient de grands enfants se retrouvent-ils aujourd'hui chez nos enfants, ce qui fait dire qu'il n'y a plus d'enfants.

En résumé, les caractères d'infériorité physique, morale et intellectuelle, apparaissent avant les caractères de supériorité, lesquels sont tardifs.

Conclusion. — La rapidité de développement ou précocité étant plus grande chez les enfants, et les races inférieures que chez les supérieures, chez le sexe féminin que chez le masculin, chez l'enfant que chez l'adulte, chez le faible et l'individu peu intelligent, dans le cerveau droit que dans le cerveau gauche, dans les tissus et organes inférieurs que dans les supérieurs, est en raison inverse de l'évolution. La précocité est donc un signe d'infériorité biologique, tandis que la tardivité qui caractérise les organismes et les parties d'organismes supérieurs est, au contraire, un signe de supériorité.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies des yeux, par le Dr Edouard Meyer (1).

Ce volume est, à proprement parler, un manuel indispensable aux élèves pour étudier et aux praticiens pour se souvenir. Aussi ne faudra-t-il point y chercher les longues dissertations et les théories à perte de vue, mais des notions simples, claires et précises. Le premier chapitre a pour objet *les considérations générales sur le diagnostic et le traitement des affections oculaires.* C'est un des plus utiles et des plus pratiques. C'est, en somme, un exposé simple, clair et lucide, des méthodes à employer pour reconnaître et traiter les maladies de l'œil. Nous recommanderons tout particulièrement le chapitre qui traite des *maladies de la conjonctive,* affection si communes et que le médecin ordinaire doit savoir traiter sans être obligé de recourir au spécialiste. Ce chapitre va nous permettre d'indiquer la manière de procéder de l'auteur. Il débute par exposer succinctement l'anatomie, en appelant l'attention sur les parties qui ont une utilité incontestable au point de vue des affections de la conjonctive. Il décrit ensuite les différentes conjonctivites (catarrhale, purulente, diphthéritique, phlycténulaire, granulaire, etc.), pour passer au ptérygion et aux épanchements sous-conjonctivaux (sanguinolents, séreux, emphysémateux). La conjonctive peut être blessée de diverses façons, par pénétration de corps étrangers, par des instruments tranchants ou par des agents chimiques ; c'est ce qui donne lieu d'exposer ces différentes lésions. La nérophtalmie et les diverses tumeurs de la conjonctive (pinguécula, lipomes, polypes, kystes, éphitélioma, cancer, entozoaires, etc., etc.) terminent ce chapitre.

(1) Un vol. in-12, d'environ 800 pages. Deuxième édition, revue et augmentée avec 261 figures intercalées dans le texte. G. Masson, libraire-éditeur, boulevard Saint-Germain, 120.

C'est le même plan que l'on retrouve dans les autres, ce qui nous dispense d'entrer dans de plus amples détails.

On connaît l'accueil fait à ce livre en France et à l'étranger, où il a été traduit en italien, en russe et en allemand. Chez nous, la première édition a été rapidement épuisée, et cette nouvelle contient les conquêtes récentes de la science ophtalmologique.

On sait que les lentilles, autrefois numérotées en pouces dont le nombre indiquait la distance focale, sont aujourd'hui marquées de chiffres représentant les *Dioptries.* Cette nouvelle unité, mise en rapport avec le système métrique, désigne la force réfringente d'une lentille dont la distance focale est d'un mètre. Mais comme la force réfringente augmente avec la diminution de la distance focale, il s'ensuit que les verres numérotés d'après cette nouvelle méthode, ont des chiffres d'autant plus forts que cette distance est plus faible. Aussi est-il facile de passer d'un système dans l'autre et réciproquement comme l'indique le tableau placé à la fin du volume.

Nous pouvons prédire à la seconde édition du *Traité pratique des maladies des yeux,* un succès plus marqué encore que celui obtenu par la première, et cela à cause de l'importance de plus en plus grande que prend l'ophtalmologie pour laquelle existe une chaire spéciale dans l'enseignement de la faculté. Inutile aussi de dire l'importance des nombreuses figures dans un manuel de cette nature.

Dr A. B.

CHRONIQUE

— Un nouveau malheur vient de frapper le monde médical : un externe des hôpitaux de Paris, Fernand Reverdy, vient de succomber à la terrible maladie qui a enlevé, il y a quelques semaines, le regretté Herbelin.

Reverdy était attaché, depuis le 1er janvier, en qualité d'externe au service de M. le docteur Bouchut, à l'hôpital des Enfants-Malades. Bien qu'il se sentit déjà très-souffrant, il voulut néanmoins continuer son œuvre de dévouement et d'abnégation, et ce ne fut que sur l'injection même de son chef de service qu'il se décida, il y a huit jours à peine, à quitter Paris mais le mal était déjà trop avancé, et Reverdy est mort le 3 février, à Laval.

C'est le septième étudiant en médecine qui succombe depuis un an à l'angine couenneuse.

Liquidation de la peste d'Astrakan. — Le même journal donne quelques détails sur le « budget » de la peste d'Astrakan et sur les mesures prises pour empêcher son renouvellement.

L'épidémie qui faillit mettre la Russie hors de communication avec l'Europe entière est revenue, tout compte fait, à environ 2 millions de francs. Les dépenses sont évaluées à partir du mois de janvier, où le général Loris Mélikof fut nommé gouverneur général des gouvernements d'Astrakan, de Saratof et de

Samara. jusqu'au mois d'avril où tout danger avait disparu. Le dudget de la peste est assez intéressant : cordons sanitaires et quarantaines, 100,000 francs; garde du Volga dans leo endroits suspects et mesures prises pour les isoler, 60,000 francs; personnel médical, traitements d'employés, 250,000 francs; médicaments. etc., 90,000 francs; les secours et indemnités des propriétés détruites par mesure de précaution, et les transports des troupes, ont naturellement absorbé la meilleure partie des sommes destinées à arrêter l'invasion du mal.

— *Choléra.* L'épidémie qui règne au Japon, depuis le mois d'avril jusqu'au 21 octobre, a fourni 150,204 cas, sur lesquels il y a eu 89,702 décès.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

AVIS

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection, nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous airo parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance; ils nous éviteront un travail assez long.

Parmi nos confrères qui déjà ont fait établir leur assurance par la Cie le Phénix, il en est quelques-un; qui, ayant reçu leur police en double expédition, et le reçu de la prime de la première année, n'ont pas encore renvoyé : 1o une des polices revêtue de leur signature; 2o le mandat-poste afférent à leur prime.

Cette négligence pourrait leur être préjudiciables car dans les cas où un sinistre surviendrait, ils n'auraient aucun recours à exercer. Nous les invitons à se mettre en mesure.

Nous faisons observer que cette première prime une fois payée, c'est l'agent de la Compagnie le Phénix, qui est chargé de percevoir à domicile, chaque année, les primes subséquentes.

Nous répétons, pour la dernière fois, que les numéros d'ordre inscrits sur les bandes imprimées du *Concours Médical,* indiquent que le destinataire est au nombre des mille fondateurs. Prière à nos correspondants qui réclament une réponse par lettre particulière, 'insérer le timbre de retour.

— Dr L., à N. (Drôme), 19 janv.
Votre lettre a été transmise et vous avez dû recevoir les renseignements du propriétaire.

— Dr R., 832, 20 janv.
Votre confrère est inscrit et les nos lui sont envoyés, ainsi que ceux que vous réclamez pour vous. Ce serait excessif si ce manque était le fait unique de la poste. Nous écrivons au Dr B.

— Dr S., à C. E. P. (Nord), 25 janv.
Selon votre désir, nous avons inscrit le Dr. D. Nous comptons bien que vous ne vous en tiendrez pas là.

— Dr S., à C. (Yonne), 28 janv.
L'impression coûterait de quatre à cinq cents francs.

— Dr C., à Q. (Finistère), 28 janv.
Le livre, publié incomplet, a été élevé de prix dès qu'il a été complété; on s'efforcera de réduire les affranchissements.

— Dr C., à T. (Var), 28 janv.
Envoyé les nos. — On rectifiera à la plume. — Merci de vos félicitations et de votre pronostic. Nous nous efforcerons de nous inspirer de vos indications.

— Dr C., 213, 28 janv.
Oui, M. le Dr de L. est inscrit participant. Vos observations sont transmises à M. A.

— Dr S., 897, 28 janv.
Inscrit M. le Dr C.

— Dr C., à S., 31 janv.
Nous vous remercions de votre promesse de propagande.

— Dr G., 467, 2 févr.
« *Toute ma confiance est depuis longtemps acquise à notre œuvre commune. — Vous entrez dans la voie des résultats et bientôt alors vous attirerez les hésitants; quant à ceux qui ne veulent rien attendre de l'association, sous prétexte qu'ils sont assez riches pour se suffire, ceux-là, nous n'avons pas à nous en occuper. Ils ne comprendraient jamais qu'il y a quelque joie pour les heureux à s'associer pour faire du bien à ceux plus à plaindre.* »

Votre lettre, cher confrère, n'est que trop courte. Certes, nous attendrons la solution que vous nous faites espérer pour l'assurance-vie. Nous exposerons prochainement et avant de prendre aucune décision, dans les colonnes du journal, le plan qu'une compagnie etudie à votre intention, ainsi que celui que vous nous proposez. Nous aurons des éléments d'appréciation.

Assurément, il serait avantageux de se concerter pour obtenir une équitable rémunération pour le service de surveillance des enfants en bas-âge. Comme d'habitude, c'est le corps médical, qui, par l'esprit de sacrifice dont il est coutumier, en fera la plus grande partie des frais. Proposez vous-même la formule de ce concert. Nous serons heureux de l'insérer.

Le post-scriptum de votre lettre est la preuve d'un véritable esprit confraternel; nous ne saurions vous en être trop reconnaissants. Nous avons résisté au désir de le publier.

— Dr L., à B. (Aube).
Nous avons adopté le papier actuel, à peine teinté, par suite des observations de nos correspondants. Il a, nous le croyons, toute supériorité sur nos précédents essais et n'en changerais pas au moins durant toute cette année.

— Dr B., 127, 3 février.
Nous vous serons obligés de vous conformer à l'avis, pour l'envoi des numéros manquants. Nous ne pouvons comprendre une si grande lacune. La poste ne peut être coupable à ce point. Ce doit être un fait spécial, qu'il serait bon d'éclaircir vous-même par une enquête. Nous sommes certains des envois.

— Dr R., au M. d'A., 3 février.
Reçu le mandat. — Vous recevrez lettre particulière.

— Dr D., à T., no 274.
Envoyé les formules d'adhésion. — Nous attendons vos communications.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 8 21 février 1880.

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. le docteur T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, secrétaire général de la Société de médecine légale, a lu un travail intitulé : *Étude médico-légale sur la simulation,* dont nous trouvons un excellent résumé dans l'*Union médicale*.

La question de la *simulation* n'a pas reçu, dans les Traités spéciaux, tous les développements qu'elle comporte, par cette raison que les faits à l'occasion desquels on la voit se produire étaient infiniment plus limités autrefois et, par conséquent, beaucoup plus rarement soumis à l'appréciation des experts qu'ils ne le sont aujourd'hui. On n'avait étudié avec soin la simulation qu'aux points de vue suivants : 1° dispense ou réforme du service militaire; 2° mendicité; 3° aliénation mentale, et l'on ne signalait qu'en passant les simulations essayées pour se dispenser d'une charge ou d'un service plublic, en même temps que celles qui peuvent avoir pour but d'obtenir un avantage quelconque et, en particulier, une réparation pécuniaire de l'auteur présumé de la maladie *simulée* ou *prétextée*. Ce n'est pas que cette dernière cause de simulation n'ait été signalée de tout temps, car le principe de la responsabilité énoncé dans les articles 1382 et suivant du Code civil, en vertu desquels chacun doit la réparation du dommage qu'il cause, même involontairement, soit par lui-même, soit par ses serviteurs, soit par sa chose, a toujours été appliqué au profit de ceux dont la santé a pu être altérée à un degré ou d'une façon quelconque par l'imprudence d'autrui. Mais la réparation n'était que rarement réclamée, et, en tout cas, le chiffre de l'indemnité allouée se maintenait toujours dans des limites fort restreintes lorsqu'il s'agissait de la faire payer par de simples particuliers dont les ressources étaient le plus souvent insuffisantes. Il n'y avait donc pas alors un grand appât pour le lucre ni, par conséquent, pour le dol et la fraude; aussi les simulations étaient-elle forts rares.

Il n'en a plus été de même lorsque, au lieu de simples particuliers, on a pu mettre en cause de grandes Compagnies industrielles ou financières, dont les richesses anonymes pouvaient satisfaire toutes les convoitises. Ces convoitises n'ont plus eu de bornes lorsqu'on a vu des indemnités scandaleusement excessives être attribuées, soit par transaction amiable, soit même par décision judiciaire, à des individus dont le dommage éprouvé était loin de justifier d'aussi énormes réparations. Sous le moindre prétexte, on s'est cru autorisé à réclamer des sommes considérables; puis, une fois la réclamation faite, il a fallu la justifier soit en exagérant la gravité des symptômes d'une maladie réelle, soit en attribuant à cette maladie une autre cause que celle d'où elle procédait réellement, soit enfin en simulant tout à fait. D'où trois formes bien distinctes qui sont étudiées successivement, avec de nombreux exemples à l'appui, dans trois chapitres dans lesquels on peut ranger tous les faits de simulation en matière de réparation civile :

1° Simulation complète d'une maladie ou d'une blessure qui n'existe pas, et qui n'a jamais existé.

2° Exagération d'une maladie ou d'une blessure réellement contractée dans les conditions indiquées, mais n'ayant pas la gravité qu'on lui attribue. Dans certains cas, cette gravité peut s'être accrue soit par un défaut de soins convenables, soit même par des manœuvres coupables entreprises dans ce but. C'est ce qu'il est du devoir de l'expert de parvenir à découvrir.

3° Attribution à une cause déterminée d'une maladie réelle, mais qui est complétement étrangère à l'action de cette cause, soit qu'elle existât antérieurement à son application, soit même qu'elle ait débuté ultérieurement. C'est là le cas le plus difficile à déterminer, et qui doit exercer le plus la sagacité de l'expert.

Quoi qu'il en soit de l'une ou de l'autre des conditions dans lesquelles il se trouvera placé, le médecin ne peut se passer des connaissances cliniques les plus précises pour mener à bien son expertise et découvrir la vérité au milieu des fraudes par lesquelles on cherche à la lui dissimule. Il doit surtout être toujours sur ses gardes s'il veut éviter les piéges qui ne manqueront jamais d'être tendus à sa bonne foi, et il fera bien de se méfier de tous les plaignants, même de ceux dont l'honorabilité pourrait lui paraître le moins suspecte, car, comme l'a fort judicieusement dit Casper : « Il serait naïf, et ce serait le fait d'un « homme n'ayant pas la moindre expérience, que « de vouloir démontrer que l'on ne doit pas TOU- « JOURS supposer la simulation. »

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE (1)

L'HYSTÉRIE

L'hystérie est une affection à attaques protéiformes, quoique réglées et méthodiques. La complication disparaît quand on en connaît bien la description, parce qu'alors, on peut en suivre facilement les phases. La grande hystérie, celle que M. Charcot appelle *hysteria major* ou encore hystéroépilepsie, ne diffère pas essentiellement de la petite; elle n'est même que cette dernière arrivée au maximum d'intensité. On sait combien cette maladie terrible et effrayante jette l'épouvante dans la famille et combien ces malades inspirent de pitié et de commisération. Hystéroépilepsie signifie simplement qu'il y a de l'épilepsie en apparence et non en réalité. Au reste, il y a dans ce mot deux choses distinctes qu'il ne faut pas confondre : 1° L'hystéroépilepsie à *crises mixtes*, qui est de l'hystérie épileptiforme et nullement de l'épilepsie; 2° l'hystéroépilepsie à *crises distinctes*, qui comprend deux maladies différentes : l'hystérie et l'épilepsie. Un jour le malade a une crise épileptique, un autre jour une crise hystérique; jamais ces crises ne se confondent. Dans ce qui va suivre il ne sera question que de l'hystéroépilepsie à crises mixtes.

Ces crises ressemblent à une iliade, à un drame, ou mieux à un mélodrame, elles ont un prologue et quatre actes.

Prologue. Il est signalé par des prodromes et certains symptômes, pour ainsi dire, permanents et qui sont comme les stigmates de l'affection. Ainsi ces malades sont souvent hémianesthésiques; elle éprouvent habituellement une douleur dans le flanc gauche (ovarie); l'un de leurs bras peut se contracturer quand, par exemple, on y applique un diapason en vibration. Chez de pareils sujets, l'attaque peut se développer sous certaines influences nombreuses, il y a même un art de les provoquer et de les arrêter à son gré.

Première période. Elle est dite *épileptique* ou *épileptoïde*. Elle présente en effet le tableau classique de l'accès épileptique; il n'y a, en apparence, aucune différence et on n'a pas d'autres moyens de la distinguer, que la possibilité d'arrêter l'attaque hystérique en comprimant la région ovarienne ou les points hystérogènes. On ne peut pas arrêter l'attaque d'épilepsie. Cette première période se divise en trois phases : *tonique, clonique*, et de *résolution*, dont on a pris le tracé graphique.

Cette première période débute par des oscillations, des mouvements de circumduction, pendant lesquels ont lieu la perte de connaissance, le gonflement du cou, la pâleur, puis la rougeur du visage, etc. Alors survient l'immobilisation tétanique de tout le corps. Mais bientôt apparaissent des mouvements saccadés, brefs, rapides, dont l'amplitude augmente peu à peu. Enfin arrive la résolution avec respiration stertoreuse, ronflement, etc.

Pendant cette période on peut constater l'écume de la bouche, la flexion du pouce, etc., tous signes qui ne permettent pas de faire le diagnostic d'avec l'épilepsie.

Deuxième période. Elle est aussi appelée *période de clownisme; période des contorsions et des grands mouvements*. Après le premier acte, il y a une pause assez courte, puis les contorsions commencent. C'est une série d'attitudes bizarres, parmi lesquelles on observe fréquemment l'*arc de cercle*, position dans laquelle la malade ne repose que sur la tête et les talons en courbant considérablement son corps, de manière à faire proéminer le ventre. Cette attitude est décrite et figurée dans les livres démoniaques. Puis viennent les grands mouvements qui se traduisent le plus souvent par quinze à vingt grandes salutations, pendant lesquelles le tronc se porte brusquement en avant et en

(1) Voir le *Concours Médical*, n° 6, 7 février 1880.

arrière, la tête pouvant venir toucher les genoux.

Dans cette période, tout paraît illogique, absurde et s'exécuter sans aucune raison apparente. Ou du moins, on n'en sait rien.

Troisième période. C'est celle des *attitudes passionnelles et des poses plastiques*. L'hallucination y joue le rôle principal. La malade prend alors une pose particulière pendant laquelle elle exécute une série de gestes, ou fait entendre des mots, des phrases, etc., qui indiquent qu'elle croit assister à un drame qui a souvent existé dans la réalité. Ce dont on s'assure facilement en la réveillant à un moment quelconque de cette période, en faisant, par exemple, la compression ovarienne. Alors elle raconte quelquefois volontairement ce qu'elle voit.

Cette période, qu'on appelle encore celle des *poses plastiques*, présente deux phases bien différentes. L'une est gaie, l'autre est triste. Mais cette dernière domine. Il y a des visions agréables auxquelles succèdent aussitôt des tableaux affreux. C'est un délire qui présente des analogies avec celui qui est dû à une intoxication, l'intoxication alcoolique, par exemple. Et cependant, ces malades ne boivent guère que de l'eau, peu ou pas de vin. Le côté gai représente des fêtes, des illuminations, des feux d'artifice, etc., il y a des couleurs brillantes où le rouge domine. Le côté triste représente des incendies, des assassinats, des guerres, et en général, des événements sanglants. Ces deux phases dépendent, du reste, beaucoup de l'éducation et du milieu où la malade a vécu.

Le troisième acte est terminé, la malade se réveille, alors commence la *quatrième période* où s'observe le *délire posthystéro-épileptique*. Ce délire ressemble beaucoup à celui qui suit la crise épileptique. Quoique reconnaissant les personnes qui l'entourent, l'hystérique est sujette à du délire et à des hallucinations. Elle voit des vipères, des corbeaux, et toutes sortes d'animaux réels ou fantastiques. Parfois elle devient farouche, grossière, proférant des expressions épouvantables qui sont tout à fait en dehors de ses habitudes. Ce délire peut durer la journée entière.

Le plus souvent l'attaque, avec ses quatre périodes, dure environ un quart d'heure, mais elle peut se répéter un grand nombre de fois. Il y a alors état de mal, comme dans l'épilepsie, avec cette différence que le danger est imminent dans cette dernière maladie, tandis qu'il n'y a aucune gravité dans l'hystéro-épilepsie. Après deux cents attaques consécutives, l'hystéro-épileptique se réveille un peu fatiguée, mais après cinquante ou soixante attaques, l'épileptique est mort ou à peu près. Ce sont donc là deux maladies bien distinctes.

Pour produire et arrêter l'attaque, il suffit de connaître les points hystérogènes. On produit l'attaque en les excitant par un frôlement léger; on l'arrête par une compression énergique. La malade peut souvent nous renseigner sur l'existence de ces points, autrement il faut les chercher. Ils n'existent que sur le tronc, du moins on n'en a pas encore trouvé sur les membres. S'il n'y a qu'un point hystérogène, il existe du côté anesthésié. S'il y en a deux, ils sont souvent symétriques. Les points sus et sous-mammaires sont les plus fréquents, on peut aussi en trouver un autre au niveau des fausses-côtes, mais le plus fréquent est le point ovarien signalé depuis longtemps par Schutzenberger, de Strasbourg. Plus rarement il existe un point sus-ovarien. En arrière, le plus fréquent se trouve entre les deux épaules, le moins fréquent, un peu plus bas, vers le milieu de la région dorsale.

Quand on veut produire une attaque sur une malade, on peut, au préalable, lui enlever la connaissance: il suffit de la plonger dans l'hypnotisme. On frotte alors le point hystérogène et l'attaque se produit. On le comprime fortement et elle s'arrête. Ce point est donc une arme à deux tranchants. S'il y a deux points hystérogènes l'un produira l'attaque, l'autre l'arrêtera. Mais la compression ovarienne suffit toujours à l'arrêter. C'est le point ovarien le plus important, c'est lui qui domine toute la situation, si on le comprime, l'attaque ne peut se produire.

M. Charcot fait alors la démonstration de ces données sur plusieurs hystériques, sur lesquelles il produit des attaques qu'il arrête immédiatement avec la plus grande facilité. Tantôt il produit directement l'attaque, tantôt il ne le fait qu'après avoir plongé la malade dans l'hypnotisme. Dans ce dernier cas, la compression ovarienne la réveille toujours, ce qui n'arrive pas par la compression des autres points hystérogènes.

Voici deux malades sur lesquelles il laisse l'attaque se développer complètement.

La première est hémianesthésique gauche; elle présente une ovarie gauche ainsi qu'un point hystérogène sus-mammaire également à gauche. La seconde est en puissance d'attaque depuis trois ou quatre jours et on la conserve en cet état au moyen du compresseur de M. Poirier. Elle présente une anesthésie complète, mais plus prononcée à gauche. L'ovarie, également double, prédomine à gauche. Il suffit d'enlever le compresseur pour voir l'attaque se développer.

Ces deux malades ont présenté aussi complètement que possible les quatre périodes décrites plus haut. Aussitôt que la dernière était terminée, la première recommençait. Une fois a pendant l'une des périodes a été supprimée. C'est ce qui nous amène naturellement à parler des variétés que l'on observe dans la production de ces crises.

Au début de sa conférence, M. Charcot provoque l'attaque hyst'rique chez deux nouvelles malades, pour faire assister ses auditeurs aux quatre périodes qu'il a décrites, périodes qui se répètent invariablement dans le même ordre, à cette différence que chaque sujet a son roman spécial, un délire particulier et des hallucinations caractéristiques. L'une d'elle assiste à une musique militaire : on la voit, pendant la période des poses plastiques, s'asseoir sur son lit en se penchant pour prêter l'oreille, elle sourit, elle bat la mesure, puis survient une scène érotique qu'on pourrait seulement raconter en latin. L'autre fait entendre des

cris imitant à s'y méprendre le sifflet de la locomotive, etc..

On a beaucoup parlé de l'influence de l'imitation, influence que l'on a exagérée, mais que l'on aurait tort de nier. Ainsi, une nouvelle malade présentait, au bout d'un certain temps de séjour dans l'hospice, l'arc de cercle qu'on n'avait point constaté dans les premières crises qui ont suivi son entrée. Mais il est bien démontré que des malades isolées, qui n'ont jamais été en contact avec d'autres hystériques, présentent exactement les mêmes phases. Une hystérique arrive du Pérou au Grand-Hôtel, elle présente les quatre périodes aussi régulièrement que celles qu'on vient de voir.

L'histoire nous en offre encore une confirmation dans les relations des épidémies démoniaques. Car l'hystérie ne date pas d'hier, elle est très-ancienne, et le récit de ces crises a été fait souvent par des hommes sans prévention et croyant qu'il y avait là du surnaturel.

Ces attaques se produisent aujourd'hui comme autrefois. Pendant huit ans, M. Charcot les a vues se dérouler sous ses yeux sans y rien comprendre; il y a seulement trois ans que la lumière s'est faite da son esprit, et qu'il a saisi l'ordre et l'enchaînement qui préside à ces crises.

Cependant l'attaque peut varier, car il ne faut pas oublier que l'hystérie est un véritable Protée. Les quatre périodes qui la constituent d'ordinaire peuvent se dissocier, se séparer et présenter des combinaisons qu'une formule mathématique réduit à quinze.

Examinons quelques-unes de ces variétés.

1. La première période existe seule, les trois dernières étant supprimées. Que se produit-il? Une crise épileptiforme qu'aucun caractère ne différencie de l'épilepsie. Comment faire le diagnostic? On examinera le malade dans l'intervalle des attaques; on recherchera les points hystériques et on examinera l'influence de la compression ovarienne.

2. L'attaque se réduit à la seconde période, celle du clownisme, des contorsions et des grands mouvements; c'est à proprement parler l'attaque démoniaque. La première et les deux dernières périodes n'existent pas.

3. Les deux premières périodes manquent ainsi que la quatrième: l'attaque ne présente que la troisième, celle des attitudes personnelles, des poses plastiques. Elle est provocable par l'éther, qui est un poison particulier recherché par les hystériques, qui les enivre et détermine des hallucinations.. L'éther développe surtout la phase gaie. Ces malades demandent souvent de l'éther. Pourquoi? leur dit-on. Pour que je voie; répondent-elles! sous-entendez, ce qui est agréable.

4. Dans d'autres cas, la quatrième période se développe seule, c'est le délire accompagné d'hallucinations, de visions particulières où la zoopsie prédomine.

Telles sont les attaques à éléments solitaires. Il en existe d'autres où ces éléments se combine deux à deux. Examinons-en quelques-unes.

Commençons par un cas qui peut embarrasser dans la pratique. Dans l'épilepsie il y a deux grands actes, l'attaque convulsivante et le délire de la fin. Celui-ci peut même exister seul par un phénomène de dissociation. Un jeune garçon a une attaque épileptique, suivi de délire. Est-ce de l'épilepsie ou de l'hystérie, dans laquelle nous aurions seulement la première et la dernière période? Le diagnostic est difficile et ne peut se faire qu'en examinant les particularités et surtout les phénomènes de zoopsie, les fantômes, les hallucinations et les autres caractères propres aux hystériques.

Voyons une autre combinaison géminée où on ne trouve que la première et la troisième période, c'est-à-dire de l'épilepsie (en apparence) et de l'extase. C'est l'histoire de la majorité des extatiques du moyen âge, des XVe et XVIe siècles. Il y a d'abord une petite attaque épileptique qui peut être extrêmement courte, suivie d'extase qui peut au contraire se prolonger fort longtemps.

Quels rapports y a-t-il entre l'hystérie vulgaire, ou petite hystérie, et l'hystéro-épilepsie à crises mixtes ou *hysteria major?* C'est la même maladie. Seulement l'une est un nain, l'autre un géant. La première n'a que des attaques amoindries, atténuées, dans lesquelles les descriptions des auteurs permettent de reconnaître les diverses périodes énumérées ci-dessus, entre autres ce que Bernutz appelle les *mouvements passionnels.* Mais il n'y a pas de différence fondamentale, car la maladie est exactement la même.

L'hystérie peut encore se modifier par l'intervention d'éléments étrangers. Le somnambulisme et la catalepsie peuvent souvent s'y surajouter. Laissons de côté le somnambulisme (1), qui n'est autre chose que l'hypnotisme et dont il a déjà été question et n'examinons que la catalepsie.

Quand elle survient, la catalepsie se place à la troisième période qu'elle remplace entièrement, ou à laquelle elle se surajoute. La catalepsie est peu connue des médecins, bien qu'elle soit très-exploitée dans la littérature et dans le monde extra-médical. Les romanciers l'ont souvent traitée et on s'en fait généralement des idées très-singulières. M. Charcot ne veut pas la décrire, mais il la montre et il cataleptise sous nos yeux un régiment d'hystériques (c'est-à-dire quatre malades).

Il y a plusieurs moyens de cataleptiser. Il suffit d'une lumière rapide, soudaine, par exemple, un peu de fulminate qu'on enflamme au moyen d'un courant électrique; d'un bruit inattendu, soudain, comme un coup de tam-tam qu'on fait retentir à l'insu des sujets. Un troisième procédé, plus tranquille et moins bruyant, consiste à commencer par la période d'hypno-

(1) Voir le *Concours Médical,* n° 24, 1879. A propos du somnambulisme médical et surtout extra-médical, nos lecteurs nous sauront gré de leur indiquer l'ouvrage suivant d'Ernest Bersot, le regretté Directeur de l'École normale supérieure: *Mesmer, le magnétisme animal, les tables tournantes et les esprits,* 4e édition. Un vol, in-12, Hachette et Cie, éditeur, boulevard Saint-Germain, 79.

tisme, car ces deux choses se métamorphosent avec la plus grande facilité, et on peut passer à volonté de l'une à l'autre. Pendant la léthargie hypnotique, il existe une hyperexcitabilité musculaire et nerveuse, qui permet de faire les épreuves anatomiques dont il a déjà été question ; les yeux sont fermés. Si on les ouvre, la malade devient instantanément cataleptique et l'hyperexcitabilité nerveuse et musculaire disparaît. Refermons les yeux, la léthargie hypnotique reparaîtra. Si maintenant on ouvre l'œil droit, le gauche restant fermé, il y aura catalepsie du côté droit et léthargie hypnotique du côté gauche. La malade est divisée en deux parties égales. A gauche, nous retrouverons l'hyperexcitabilité musculaire et nerveuse, tandis qu'à droite, les membres garderont l'attitude qu'on leur imprime. Si on ferme l'œil droit et qu'on ouvre l'œil gauche, la malade aura ce dernier côté cataleptisé, tandis que l'autre sera en léthargie hypnotique. Ouvrons aussi l'œil droit, et la malade sera complétement cataleptisée.

Dans cet état, il y a une relation curieuse, constante, physiologique, entre l'attitude des membres et l'expression de la figure. Donnons à notre sujet une attitude dramatique, des plis apparaissent aussitôt au front. Plaçons-la dans l'attitude d'une femme qui envoie un baiser, les lèvres deviennent souriantes, etc.

Pour réveiller les cataleptiques, il suffit de souffler sur leurs yeux.

Le professeur fait alors passer sous nos yeux une série de projections destinées à nous montrer l'hystérie à l'époque actuelle et dans le temps passé. Cette dernière partie rentre dans ce que M. Charcot nomme l'*hystérie dans l'art* (1). Nous voyons d'abord le tableau d'Andrea del Sarto qui se trouve dans l'église de l'Annuntiata à Florence. Il représente saint Philippe de Néri guérissant une démoniaque qui n'est, pour M. Charcot, qu'une hystérique. Le saint la fixe et elle tombe dans l'état hypnotique ou de somnambulisme. On voit que le peintre a copié la nature sur le fait. Voici un tableau de Rubens qui se trouve dans une église de Gênes. Il représente saint Ignace guérissant une démoniaque. Rubens a certainement vu des démoniaques, tant la scène est ressemblante. On possède, du reste, l'esquisse d'après laquelle ce grand maître a peint son tableau. L'hystérique est à la période des contorsions.

Il existe à Vienne, dans la collection de l'archiduc Albert, un tableau qui représente une scène de danse de Saint-Guy, dont il a existé les épidémies au XVI[e] siècle. Cette danse de Saint-Guy s'appelait alors *Chorea magna germanorum;* c'est donc à tort que Trousseau prétendait donner le nom de danse de Saint-Guy à la chorée vulgaire. Sur le tableau, on voit une série de malades se rendant en procession à la chapelle de Saint-Walhubert, près de Luxembourg. Chaque groupe se compose de trois personnages, deux hommes qui soutiennent une femme. L'examen des différents groupes permet de reconnaître des hystériques à la période des convulsions et des contorsions. Citons encore la scène d'exorcisme de Laon, où, après neuf jours de cérémonies religieuses, la possédée Nicole Aubry, de Vervins, sort guérie; le tableau de *Grotta Ferrata* près de Rome, dans lequel le Dominiquin a représenté saint Nil, trempant un doigt dans l'huile, pour guérir un enfant de douze à treize ans qui n'est qu'un hystéro-épileptique au moment où il fait l'arc de cercle ; la Transfiguration, l'un des plus beaux tableaux de Raphaël où l'on voit un démoniaque au moment de la période délirante. Rappelons aussi le tableau déjà cité (1) où les médecins de l'époque, hommes graves, dit la légende, sont assemblés et affirment qu'un pied-bot de nature hystérique est une maladie surnaturelle. L'Extase de sainte Catherine de Sienne rentrerait aussi dans cette catégorie. Dans plusieurs des tableaux précédents, les démoniaques tirent la langue, et à une certaine époque on croyait que le fait de la bouche ouverte et de la protrusion de la langue était un signe de possession.

Le délire religieux, plus rare de nos jours, se constate encore, même à la Salpêtrière, où une des clientes de M. Charcot voit la sainte Vierge dans ses rêves.

Nous terminerons cet aperçu sur l'hystérie par l'étude des troubles de la vision chez les hystériques et qui ont reçu le nom d'*achromatopsie.* Il ne faut pas la confondre avec le *daltonisme*. Si on montre du rouge à un individu atteint de cette dernière affection, il repondra qu'il voit du vert ou une autre couleur; il se trompe, il fait confusion; tandis que si l'on montre diverses couleurs à une hystérique atteinte d'achromatopsie complète, elle répondra qu'elle voit du gris, car l'achromatopsique ne voit pas les couleurs ; elle ne perçoit que le contour des objets, toutes les couleurs se traduisent pour elle par du gris quand elles sont claires, et par du noir quand elles sont foncées; elle se trouve dans le cas où M. Charcot plonge son auditoire en l'éclairant avec une lumière monochromatique qu'il produit en brûlant de l'alcool contenant du chlorure de sodium. Ainsi dans l'achromatopsie complète, aucune couleur n'est perçue. Mais généralement elle n'est pas complète, et les couleurs disparaissent successivement dans l'ordre suivant: violet, vert, rouge, jaune et bleu. C'est le violet qui disparaît d'abord, puis le vert. D'autrefois le rouge remplace le bleu, il est le dernier à s'en aller. On peut affirmer qu'un hystérique qui dirait voir le violet et le vert sans voir les autres couleurs ment effrontément.

Cet ordre de disparition des couleurs a un fondement physiologique. En effet, les hystériques n'ont pas une anatomie et une physiologie nouvelles. C'est même la raison pour laquelle elles peuvent servir de sujets d'études. Si le violet disparaît d'abord, c'est qu'à l'état normal, c'est la couleur qui a le champ visuel le plus étroit, ce champ augmente ensuite dans l'ordre signalé plus haut. Le bleu a le champ visuel le

(1) Voir l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière,* par Regnard, aux bureaux du Progrès Médical, 6, rue des Écoles.

(1) Voir le *Concours Médical,* n° 25, 1879.

plus étendu, mais dans certains cas, il arrive que c'est le rouge.

Ces divers états des malades permettent d'exécuter un certain nombre d'expériences pour vérifier les théories de la lésion au point de vue des couleurs complémentaires et du contraste simultané. Il résulte des expériences de M. Regnard, qu'il serait trop long de rapporter ici, que, contrairement à l'opinion d'Young et d'Helmholtz, la perception des couleurs se fait dans les centres nerveux. La notion des couleurs est l'affaire du cerveau et non celle de la rétine elle-même.

Pour rendre plus saisissant le contraste qui existe entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie, M. Charcot fait défiler devant son auditoire les plus anciennes hystériques et épileptiques que possède la Salpêtrière. La nommée L... a eu ses première attaques, à l'âge de douze ans, elle en a aujourd'hui soixante. Elle n'en a plus eu depuis trois ans, elle a conservé une certaine dose d'intelligence. Cette autre, guérie subitement il y a cinq ans, est rentrée dans la vie commune. Les épileptiques, au contraire, ne possèdent plus trace d'intelligence, elles sont atteintes de décrépitude.

Ce contraste est un excellent argument pour montrer combien l'hystérie (1) diffère de l'épilepsie.

Espérons que l'année prochaine, M. Charcot complétera ces premières notions en y ajoutant quelques détails sur le traitement qu'il fait subir à ses malades. C'est là un point de vue qui sera fort goûté des médecins praticiens.

(1) Ceux qui désirent plus de développements sur la manière dont M. Charcot comprend l'hystérie, trouveront les détails nécessaires dans ses leçons, sur les *Maladies du système nerveux*, tome I, aux bureaux du *Progrès médical*, rue des Écoles, 6, et chez V.-A. Delahaye, libraires-éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES

I. *Métrorrhagies post-puerpérales.* — Sous ce titre nous rangerons avec le Dr Weiss (*Thèse de Nancy, 1879*), les hémorrhagies qui apparaissent dès le lendemain de l'accouchement.

D'après Courty, si l'on a soigné convenablement le travail, fait régulièrement l'extraction du délivre, dirigé soigneusement le retrait de l'utérus et surveillé attentivement le repos et les précautions que réclament les suites immédiates des couches, il est très-probable qu'on n'aura pas à se préoccuper de cette tardive complication, la métrorrhagie post-puerpérale. Il faudra donc suivre tous ces préceptes pour éviter cet accident. Mais une fois que la perte existe il faudra compter avec elle et l'arrêter le plus rapidement possible, après en avoir recherché la cause.

A-t-on reconnu qu'il existe une *inertie secondair[e]* ou un *défaut de régression*, les moyens qui font contracter la fibre utérine seront nettement indiqués et en première ligne le seigle ergoté. Son action dans ce cas sera souveraine; car ce qui produit et entretient l'hémorrhagie, c'est le manque de contractilité de l'utérus ou l'atonie de ses fibres. Le mode d'introduction du médicament que nous préférons est la voie hypodermique et comme préparation nous choisirons la solution Yvon qui a l'avantage d'être moins douloureuse et de ne pas occasionner de phénomènes inflammatoires locaux ; au lieu de quelques heures qu'il faut à l'ergot de seigle en poudre pour produire son effet dans les pertes tardives, au lieu d'une action incertaine comme celle de l'ergotine en potion ou en pilules, il ne faudra que quelques minutes, au plus dix minutes, pour voir se produire une contraction de l'utérus par les injections hypodermiques d'ergotine, contraction qui fera cesser l'hémorrhagie et que l'on peut être certain de toujours obtenir. Ces injections pourront être répétées deux ou plusieurs fois dans la journée si l'utérus redevient flasque et si la perte se reproduit. Notons que l'action sera d'autant plus rapide que le moment où l'hémorrhagie se produit sera moins éloigné de l'époque de l'accouchement. Le sulfate de quinine sera souvent utile : nous l'avons vu souvent favoriser la régression utérine quand il y a des symptômes fébriles concomitants.

L'hémorrhagie, au contraire, s'accompagne-t-elle de *phénomènes congestifs*, les moyens précédents ne devront pas être employés ou devront au moins être ajournés; il faudra d'abord détourner le sang, le retenir à la périphérie. La calorification générale et surtout les bains chauds recommandés dans ce cas par Tarnier et Bailly, trouveront leur indication. La température des bains devra être de 34° centigrades environ, la malade devra y rester de vingt minutes à une demi-heure et prévenir un refroidissement qui produirait un effet circulatoire opposé à celui que l'on veut obtenir ; on reviendra aux bains aussi longtemps que la perte ne sera pas arrêtée. Bailly recommande de ne pas recourir aux bains pendant la première semaine des couches à cause des fatigues et surtout des complications puerpérales qui seraient surtout à craindre à cette époque. Il est vrai que presque toujours la congestion ne surviendra qu'après cette époque. En même temps que les bains, on emploiera avec avantage les autres révulsifs. D'habitude ces moyens suffiront pour arrêter l'hémorrhagie; si elle persiste malgré la décongestion de l'utérus, alors que les symptômes congestifs sont amendés, on prescrira l'ergot de seigle qui arrêtera alors l'hémorrhagie. L'emploi de l'eau chaude en injections vaginales rend parfois de grands services.

Ainsi, dans les cas de métrorrhagie, M. Peter a vu souvent réussir un moyen puissant, préconisé déjà par M. Trousseau, au dire du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, et que l'on craint souvent d'employer, peut-être parce qu'on le considère à tort comme dangereux. Il s'agit des injections vaginales avec de l'eau chaude pure ou additionnée d'un

décoction médicamenteuse. Cette injection doit être faite avec l'eau aussi chaude que la malade pourrait la supporter, et répétée deux ou trois fois par jour. M. Peter citait, à ce propos, l'exemple d'une de ses clientes, actuellement en province, et atteinte d'une métrorrhagie qui durait depuis vingt-un jours et avait résisté à tous les moyens habituellement mis en usage. Consulté à ce sujet, M. Peter ordonna de continuer l'ergotine qui était déjà employée, et prescrivit en outre des injections d'eau chaude faites suivant ce procédé. Dès le premier jour de cette médication, la métrorrhagie fut arrêtée et ne se reproduisit plus dans la suite. Cette application de la chaleur dans les traitements des métrorrhagies a été faite de plusieurs manières ; une des plus utiles est celle qui consiste dans les sacs à eau de Chapman, ; ce sont deux sacs en caoutchouc contenant de l'eau très-chaude et qu'on place sur la région lombaire, sur les parties latérales de la colonne vertébrale. On comprend que tout autre procédé équivalent rendrait les mêmes services en produisant une action semblable. On suppose, pour l'expliquer, qu'on amène ainsi une excitation des ganglions lombaires, qui détermine une suractivité des vaso-moteurs, d'où la contraction des vaisseaux et la cessation de la congestion et de l'hémorrhagie. Les bains très-chauds sont devenus aussi d'un usage assez répandu, parce qu'ils réussissent très-bien dans certains cas, mais leur emploi doit être surveillé de très-près. Ils doivent être très-chauds et très-courts, d'une durée de deux ou trois minutes. Tous ces moyens peuvent rendre de grands services au praticien, pourvu qu'il s'en serve dans des cas où leur indication se présente naturellement, et qu'il en surveille l'action avec soin.

Les révulsifs auront peu d'action dans le cas de congestion passive. Les médicaments qui font contracter la fibre utérine seront plutôt indiqués : l'hémorrhagie est due à un défaut de tonicité du muscle utérin qui n'est pas capable de s'opposer au passage du sang. Il va sans dire qu'il faudra chercher ensuite à faire disparaître la cause de la congestion passive. Si cette cause est une inversion utérine, le médecin devra, évidemment, chercher à la réduire par tous les moyens mis à sa disposition, moyens dont nous n'avons pas à nous occuper ici : mais s'il échoue, quelle conduite devra-t-il tenir ? Faudra-t-il recourir à l'ablation de l'utérus renversé, comme le recommande M. West? Nous pensons que cette opération ne devra être pratiquée qu'à la dernière extrémité : il vaudra mieux insister sur les caustiques, même les plus énergiques, pour obtenir, selon l'expression d'Aran, un tissu de cicatrice et une sorte de formation épidermique. Ce n'est qu'après l'emploi inutile du fer rouge, de la pâte de Vienne, de l'acide nitrique que l'on serait en droit d'enlever avec l'écraseur la portion inversée de l'utérus, tout en se rappelant les dangers de cette opération.

La rétention de fragments de placenta ou de membranes sera traitée par le seigle ergoté, auquel on pourra joindre l'usage de quelques révulsifs. Les membranes seront, en général, engagées dans le col; il suffira de les saisir. Les portions de placenta non adhérentes seront expulsées par les contractions de la matrice. Dans les deux cas, la perte s'arrêtera une fois que l'utérus ne contiendra plus de corps étranger. Si le placenta est adhérent, les contractions de la matrice ne feront que suspendre l'hémorrhagie, qui se renouvellera aussi longtemps que l'on n'aura pas extrait la portion retenue. Dans ce cas, l'usage de la curette de Pajot nous paraît indiqué.

L'hémorrhagie par *lésions traumatiques* ne peut être traitée que par les applications locales d'hémostatiques, perchlorure de fer, etc.

Enfin, quand la perte est due à des *causes générales*, les médicaments agissant sur la plasticité et la constitution même du sang seront utiles et devront être largement associés aux autres moyens.

Nous n'avons pas parlé, dans tout ce chapitre, des injections intra-utérines de perchlorure de fer, recommandées par les Anglais; c'est que nous croyons qu'elles ne sont jamais indiquées dans les hémorrhagies post-puerpérales, puisqu'elles agissent plutôt en contractant les fibres musculaires de l'utérus qu'en coagulant le sang, et que, dans le cas particulier, il n'y a pas de modification à obtenir du côté de la muqueuse utérine.

II. — MÉTRORRHAGIES EXTRA-PUERPÉRALES.

1° *Métrorrhagies de causes générales.*

L'anémie. Le principal traitement à employer est l'administration des toniques; notre classe des hémostatiques généraux agissant sur le sang lui-même, sera parfaitement indiquée. On y joindra avec avantage l'emploi de l'ergot de seigle, pour combattre l'atonie et le relâchement qui existe toujours dans l'utérus, quand l'anémie se complique d'hémorrhagie; l'hydrothérapie et la réfrigération locale concourront au même but. Les toniques seront encore indiqués chaque fois que l'anémie est le résultat de l'hémorrhagie et qu'elle peut être alors la cause de sa persistance et de sa chronicité.

La pléthore. Elle produit des hémorrhagies en congestionnant l'utérus; aussi, le traitement sera le même que celui que nous indiquerons pour la congestion utérine.

Le début des affections fébriles. L'art a rarement à intervenir dans ces hémorrhagies; dans aucun des cas cités par Gubler il n'y eu besoin d'un traitement. Si, par hasard, la perte devenait inquiétante, on l'arrêterait comme les épistaxis nasales qui surviennent dans les mêmes conditions : quelques révulsifs, des astringents à l'intérieur, et enfin, le tamponnement qui, ici surtout, sera très-utile, l'hémorrhagie ne devant pas durer longtemps.

Les altérations du sang et les maladies constitutionnelles. Les pertes ne nécessitent pas de traitement spécial; ou bien l'hémorrhagie est abondante, et il faudra tamponner, ou bien on pourra attendre que le traitement approprié à la maladie (scorbut, purpura hemorrhagica, mal de Bright, etc.) ait produit son effet.

La ménopause. Pour les hémorrhagies simplement

ɿiées à la ménopanse, sans altération pouvant expliquer l'hémorrhagie, il faut se borner à la modérer; elle s'arrêtera ensuite d'elle-même. Une petite saignée du bras, le repos au lit, des révulsifs, quelqnes bains chauds, une nourriture froide, peu abondante et peu substantielle, atteindront souvent ce but. Sinon, il faudra prescrire de l'ergot de seigle ou extrait alcoolique de noix vomique.

2° *Métrorrhagies de causes locales :*

La congestion utérine. Si la congestion est active, il faudra d'abord voir si elle est spontanée on symptomatique. Dans les deux cas, contre l'hémorrhagie, les révulsifs sont indiqués : bains tièdes, calorification générale ; si la congestion est intense, une légère saignée et quelques purgatifs seront utiles. Les vomitifs et la digitale nous semblent trop actifs pour être administrés dans ce cas. La réfrigération locale a plus d'action sur l'élément inflammatoire que sur l'élément congestif, et ne devra pas être employée, pas plus que les hémostatiques locaux, sauf quand une lésion locale entretient la perte. Quelquefois une hémorrhagie, persistant malgré la plupart des moyens usités et paraissant entretenue par une congestion, doulourense et permanente de l'utérus, a cédé facilement à l'application de sangsues ou de fer rouge sur le col. Après ces différents moyens seulement, on pourra employer l'ergot.

Dans la congestion passive, les révulsifs pourront servir, mais auront, en général, peu d'efficacité ; s'il y a hémorrhagie, c'est que l'utérus n'a plns la force de s'opposer au passage du sang en nature, et ce seront les médicaments qui agissent sur la fibre musculaire qui la lui rendront en partie. La digitale pourra être employée, mais seulement s'il y a nne maladie du cœur concomitante, car il est bien démontré aujourd'hui que, malgré l'opinion de Trousseau, la digitale ne fait pas contracter le muscle utérin.

Qu'elles soient le reliquat d'une ancienne métrite muqueuse ou qu'elles aient une autre origine, l'indication est la même, il faut les détruire et, malgré l'opinion de Gallard et des autres auteurs que nous avons cités, nous conseillons le râclage de la cavité utérine qui ne devra cependant être pratiqué que quand les parois utérines seront suffisamment résistantes. Si le tissu utérin était mou et friable, la cautérisation intra-utérine et l'ergot seraient préférables, mais tôt ou tard les pertes qui apparaîtraient de nouveau nécessiteraient le râclage de la cavité utérine, suivi de la cautérisation. Il y aurait les mêmes contr'indications à l'opération que pour les injections.

La métrite interne. Quand l'hémorrhagie est due à une inflammation franchement aiguë, les révulsifs sont indiqués ; le repos, les émissions sangnines modérées, dont il faut cependant être très-sobre, la glace sur l'abdomen, les bains de siége à courant continu ou les injections vaginales froides, quand la femme ne doit pas se lever, et surtout les bains chauds prolongés rendront des services. La digitale à la dose de 30 à 50 centigrammes nous paraît être utile : « Je la réserve exclusivement, dit Gallard, pour les cas où la métrorrhagie est symptomatique d'une phlegmasie soit de l'utérus, soit des organes voisins, les seuls dans lesquels je l'aie trouvée réellement efficace. » Le tartre stibié et les divers vomitifs agissent en détournant le sang de l'utérus. Le seigle ergoté et ses préparations sont à rejeter complétement dans la métrite interne simple, aiguë ou chronique : « car la meilleure règle de thérapeutique à suivre dans le traitement de toutes les phlegmasies aiguës est de placer, autant que possible, l'organe malade dans l'état de repos, et non de le soumettre à des mouvements réitérés, comme ceux que les contractions du tissu musculaire de l'utérus ne peuvent manquer d'imprimer à sa muqueuse (Gallard). » Le seigle pourra cependant servir quand la métrite interne est peu intense, tandis que le parenchyme est lourd, volumineux, ramolli : c'est le seul cas où nous pensons qu'on pourra l'employer dans la métrite.

Plus tard, quand la métrite aiguë commence à passer à l'état chronique, quand la structure de la muqueuse a été modifiée par l'inflammation et que l'hémorrhagie persiste avec une intensité effrayante, il faut agir plus énergiquement et c'est alors que les applications locales de médicaments seront parfaitement indiquées ; les injections intra-utérines sont le moyen que nous préférons de beaucoup : « Les succès sont assez nombreux aujourd'hui, dit Aran dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, pour que des craintes exagérées ne viennent pas empêcher l'homme de l'art de recourir à un pareil moyen lorsque les autres ont échoué et lorsqne les malades sont réduites au dernier degré de la faiblesse. Il est du reste assez remarquable que, dans ces cas, les injections intra-utérines ne donnent souvent lieu à aucun phénomène réactionnel ; la seule action produite porte sur l'hémorrhagie qui est arrêtée d'une manière définitive. » Les liquides que nous préférons sont la teinture d'iode et le perchlorure de fer ; si quelquefois ils produisent de fortes douleurs après l'injection, celles-ci disparaissent rapidement par quelques opiacés que l'on peut même administrer un peu avant l'opération. La seule contr'indication à la cautérisation intra-utérine est une inflammation péri-utérine ancienne ou récente, ou une affection des annexes, mais cette contr'indication est formelle, absolue, car c'est dans ce cas que surviennent les morts foudroyantes par péritonite. Si le parenchyme utérin était ramolli, nous conseillerions d'abord l'emploi du seigle ergoté et des révulsifs, sauf à recourir plns tard à l'injection.

En général, l'injection intra-utérine répétée une ou plusieurs fois, suffira pour arrêter la perte non-seulement pour le moment, mais définitivement. Quelquefois on sera obligé de recommencer à plusieurs mois d'intervalle. Si malgré cela l'hémorrhagie persiste, il y aura à craindre l'existence de *fongosités utérines.*

Les polypes muqueux. Ici tous les traitements sont bons ; comme il n'y a pas d'élément inflammatoire, le seigle ergoté peut être employé. Il arrêtera la perte

et de plus facilitera l'expulsion du polype ou au moins le rendra plus accessible aux divers procédés chirurgicaux d'ablation.

Les tumeurs fibreuses. Ce que nous venons de dire, à propos des polypes muqueux, s'applique entièrement aux polypes fibreux, aussi n'insisterons-nous pas davantage.

Le traitement par excellence des hémorrhagies dues à toutes les tumeurs fibreuses est l'injection sous-cutanée d'ergotine. Par leur action sur le tissu musculaire, les injections d'ergotine font contracter l'utérus, qui comprime les vaisseaux et diminue l'apport du sang à la tumeur et à la muqueuse; d'autre part, la tumeur diminue de volume par la contraction de ses fibres propres et par celles de la matrice, d'où double action pour amoindrir l'apport sanguin et par suite la nutrition de la tumeur. C'est là-dessus que s'est basé Hildebrandt pour préconiser les injections d'ergotine comme moyen de traitement curatif des myômes; malgré l'opinion de cet auteur et celle de beaucoup de médecins allemands et étrangers, les observations publiées ne sont pas concluantes. Il n'est pas hors de propos de signaler les principales statistiques :

Hildebrandt, dans son premier mémoire, sur neuf cas, a observé une fois la disparition complète et quatre fois la diminution des tumeurs. Dans son second travail, il cite seize observations : 5 fois la tumeur a diminué de volume, neuf fois il y a eu de notables améliorations dans les symptômes.

Byford, sur sept cas, a obtenu une fois la disparition complète, trois fois la diminution des tumeurs, et une fois l'arrêt des hémorrhagies,

Schwenniger, de Nienburg, publie l'observation de guérison de tumeurs fibreuses.

Léopold, de Leipzig, sur vingt-six cas, a vu vingt fois les tumeurs diminuer de volume.

F. Winckel, chez six malades, a observé trois fois la diminution des tumeurs et trois fois l'amélioration des symptômes.

Enfin d'autres auteurs, H. A. Dean, Bruhecker, Münster, ont observé l'élimination de la tumeur entière ou par morceaux, à la suite des injections sous-cutanées d'ergotine.

Ajoutons que les médecins français (Société de chirurgie, oct. 1877), et parmi ceux-ci Duplay, Terrier, Panas, M. Sée, disent n'avoir observé que l'arrêt de l'hémorrhagie, mais jamais de résultats favorables au point de vue de la tumeur.

Les courants continus, ainsi que l'a démontré M. Aimé Martin, agissent aussi comme un puissant hémostatique. Nous ne parlons évidemment pas de l'opération de la tumeur, qui n'entre pas dans notre sujet.

Le cancer. Tous les procédés hémostatiques ont ét mis en usage dans cette affection : applications styptiques locales, acide chromique et nitrique, perchlorure et persulfate de fer en solutions concentrées, infusion de matico (West). On a fait des cautérisations avec le nitrate d'argent, la créosote, avec le fer rouge sur les parties ulcérées qui fournissent le sang. Constantin Paul (*Bull. de thérap. méd. et chir.*, t. 33) cite plusieurs observations où il s'est bien trouvé de de l'emploi des injections hypodermiques d'ergotine; nous en avons vu aussi plusieurs fois les bons effets, et nous conseillons d'y avoir toujours recours.

Dans quelques cas de cancer médullaire mou ou de cancer épithélial avec hémorrhagies continues, Ch. West (p. 418) conseille de broyer les tissus avec le doigts et d'injecter au milieu du magma qui en résulte, de la teinture d'iode ou du perchlorure de fer. Les pertes s'arrêteraient, et après cela la masse ainsi traitée s'éliminerait et laisserait derrière elle une surface plus saine et moins disposée à saigner. Nous n'avons jamais vu employer ce procédé, mais il semble qu'à l'occasion on pourrait en tirer de bons résultats.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU PHIMOSIS (1)

Phimosis. — Congénital ou acquis, il présente deux variétés : dans la première, le prépuce a des dimensions normales ou à peu près; l'orifice seul est rétréci à un degré plus ou moins grand.

Dans la seconde, il y a, en même temps, exubérance du repli cutané et rétrécissement tubulaire plus ou moins long de tout l'espace compris entre l'extrémité libre du prépuce et le sac balano-posthique.

Dans les deux variétés, les tissus se trouvent à des états différents, tantôt minces, souples, plus ou moins extensibles; tantôt, au contraire, épais, indurés, fibroïdes, résistants, pseudo-cicatriciels. Enfin, le phimosis peut être compliqué de chancre mou ou infectant, de balano-posthite, d'infiltration urineuse, de gangrène, de papillomes, d'épithélioma, de calculs, etc.

C'est en tenant compte de ces différents états que le chirurgien peut rationnellement choisir les méthodes opératoires.

Trois procédés principaux sont généralement employés : la dilatation instantanée, l'incision linéaire et la circoncision.

Chez les très-jeunes sujets, M. Verneuil a recours à la dilatation pratiquée à l'aide de la pince à trois branches ou même d'une pince à pansements à mors étroits. En effet, les tissus sont généralement extensibles, quelles que soient l'étroitesse de l'orifice et l'exubérance du prépuce. Avec le procédé de M. Verneuil on obtient d'ordinaire l'élargissement de l'orifice ou du conduit tubulaire en quelques secondes et sans effusion de sang; on découvre le gland, on l'enduit de cold-cream, puis on le remet en place. Le lendemain,

(1) Analyse d'une leçon clinique de M. le prof. Verneuil. — *Chirurgie réparatrice.* — 1 vol. in-8°, G. Masson.

et pendant une semaine encore, on découvre de nouveau peudant quelques minutes.

Les parents accomplissent au besoin cette tâche. Si la rétraction du prépuce est un peu difficile, on l'aide en faisant au préalable dans le sac préputial une injection d'huile ou d'uue décoction sirupeuse de graine de lin. Huit jours de ce traitement sont, en général, suffisants. Il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'exubérance du prépuce qui se corrige d'elle-même par la suite.

Dans l'enfance et dans la jeunesse, jusqu'à la vingtième aunée environ, les mêmes moyeus réussissent fréquemment encore ; toutefois la résistance du rétrécissement diaphragmatique ou tubulaire étaut plus grande, il arrive quelquefois qu'on produit, par la dilatation forcée, quelques déchirures qui ne portent que sur la muqueuse et qui n'ont pas d'autre incouvénient que de provoquer une légère inflammatiou et de rendre pénible pendant quelques jours la mise à nu du gland.

L'obstacle principal à la dilatation consiste parfois daus l'étroitesse de l'orifice qui empêche absolument l'introduction de pinces dilatatrices et permet à peine le passage d'un stylet ou d'une sonde canneléc. Dans ce cas, s'il y a phimosis simple (1re variété), on glisse dans la rainure de la sonde ou du stylet la pointe des ciseaux ou du bistouri et l'on débride la partie dorsale daus l'étendue de deux centimètres environ. Il en résulte sur-le-champ une plaie angulaire ou semilunaire qu'on peut abandonner à elle-même, mais dont on peut aussi réunir avec avantage les bords cutanés et muqueux avec cinq ou sept serres-fines, l'une d'elles étani placée dans l'augle et les autres sur les côtés. Au bout de quelques jours toute trace de l'opération a disparu.

Si, au contraire, on a affaire à la seconde variété (rétrécissement tubulaire étendu et exubérance du prépuce), l'incision dorsale laisse après elle une difformité signalée depuis longtemps (oreille de chien) et le mieux est de faire la circoncisiou avec quelques précautions indiquées plus loin.

La dilatation, alors même qu'elle s'accompagne d'éraillures de la muqueuse, est une opération extrêmement bénigne et d'une exécution aussi simple que rapide; elle dispeuse donc de l'emploi des anesthésiques ; elle est de plus assez expéditive dans ses suites et force les opérés à garder le repos pendant une semaine tout au plus. Comme elle n'a pas les caractères d'une opération sanglante, on la fait facilement accepter par les pareuts et par les adolescents eux-mêmes.

M. Verneuil cite un exemple très-frappant. Je fus appelé, dit-il, il y a quelques années pour voir un enfant de cinq ans atteint de phimosis congénital qui gêuait la miction et provoquait sans cesse l'érection par irritation du gland. Je conseillai sans hésiter l'opération. Le père, qui paraissait soucieux, me demanda s'il n'y avait rien autre chose à faire et m'exposa ses scrupules. L'année précédente, son fils aîné avait subi la circoncision ordinaire; une hémorrhagie considérable avait eu lieu, puis uue lymphangite, de sorte que pendant plusieurs jours l'enfant avait couru des dangers réels; de plus, la chloroformisatiou avait été très-laborieuse et la cicatrisation définitive assez tardive.

Je rassurai cet homme en lui exposant le procédé relativement très-béuin que je comptais mettre en usage, et, son consentement obtenu, je pratiquai la dilatation qui procura la guérison en moins de huit jours.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Notre confrère, le Dr Steibel, de C., nous écrit : « Ne pourrions-nous profiter des réunions annuelles départementales, qui vont bientôt avoir lieu, pour discuter et faire signer une pétitiou à tous les membres du corps médical, coucernant la défense de leurs droits et de leurs intérêts, par la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine. Avaut la dissolution de la Chambre, nous pouvions espérer que nous allions toucher au port. Depuis cette époque on n'entend plus parler de rien. Nous avons cependant au Sénat et à la Chambre un assez grand nombre de confrères pour plaider efficacement uotre cause, avee espoir de succès, cette fois-ci. »

Nous pensons que notre confrère fait allusion aux réuuions des assemblées locales de l'association générale. S'il en est ainsi, c'est au conseil général qui doit se réunir en avril probablement, que notre confrère devrait adresser sa demande; ou même provoquer, dès ce moment, l'envoi par le Président de l'associatiou générale, M. Henri Roger, d'une circulaire aux sociétés locales, qui inviterait celles-ci à créer cette agitation salutaire. Si les sociétés locales, comme il serait souhaitable, se réunissaient toutes pour leur assemblée générale annuelle en mars, que cette question de pétition fût réglée sur-le-champ, les Présidents de ces sociétés et les délégués pourraient en apporter les cahiers à l'assemblée d'avril à Paris.

C'est l'association générale qui, seule, a autorité suffisante pour introduire en temps opportun les grandes manifestations des désirs du corps médical, qui doivent se traduire par des modifications aux lois qui nous régissent. Les lumières du conseil judiciaire qu'elle a constitué, lui permettent de ne faire que des démarches qui aient des chances de succès, qui soient *opportunes.*

Quant au *Concours Médical*, il s'assigne un rôle plus modeste. Nous prétendons pourtant qu'il n'en est pas moins sérieux et croyons qu'il est plus de nature à donner de vraies satisfactions à nos adhérents. Nous voulons, pour exercer une aetion, que celle-ci se rapproche de plus près du but à atteindre.

Le conseil général de l'association générale, ne peut aborder que les questions élevées; les assemblées générales des sociétés locales sont elles-mêmes, surtout quand elles sont départementales, trop éloignées des intérêts spéciaux des petits groupes. Mais c'est dans leur sein, lors de leurs réunions, que devraient se constituer, s'établir les organisations que vise la lettre suivante, dont nous espérons pouvoir démontrer toute l'importance.

Donnons d'abord une lettre antérieure, de notre confrère distingué, le Dr Margueritte, lettre dont l'insertion avait été omise.

I

LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

« Très-honoré confrère.

« Dans le nº 23 du *Concours Médical*, je lis que notre honorable confrère, le docteur Foch, considère comme un véritable fléau pour la médecine les Sociétés de secours mutuels. Et moi aussi je trouve que ces Sociétés de secours font la charité à nos dépens; en faisant briller aux yeux des médecins, surtout des jeunes médecins, le mirage d'un traitement fixe toujours bienvenu pour parer à certaines dépenses fixes, telles que le paiement du loyer, etc., ces Sociétés sont toujours sûres de trouver preneur; et même on peut assister à des compétitions, à de véritables offres de traitement au rabais, le tout au détriment de la dignité professionnelle.

« A mon avis, le débat entre l'offre et la demande devrait avoir lieu, non pas entre tel ou tel médecin isolé et le syndicat de la Société de secours mutuels, *mais entre celui-ci et le syndicat des médecins* représentant les intérêts de la corporation médicale, comme le premier défend les intérêts de la Société qui l'a constitué. Si les choses se passaient ainsi (et je ne vois pas pourquoi cela ne serait pas), vous verriez protégés du même coup les intérêts matériels des médecins, et la dignité professionnelle; on ne verrait pas un poste rapportant 1,000 fr. offert d'être occupé pour 500 fr. par un médecin, et pour 250 fr. par un deuxième compétiteur. On ne verrait pas une Société payant 1,000 fr. d'honoraires à son médecin, offrir 1.500 fr. pour avoir deux médecins, l'un principal, l'autre adjoint, et ces offres refusées par un praticien désireux de la place et trouvant que la première somme de 1,000 fr. allouée à un seul médecin était suffisante pour deux.

« Voilà certainement de ces cas où il est regrettable que nous ne soyons pas constitués en société ayant son syndicat, fixant avec les syndicats des Sociétés de secours mutuels le prix des services de leur médecin, sans que celui-ci ait à entrer dans ce débat.

« Vous pouvez faire de cette lettre tel usage que vous voudrez, la publier, si bon vous semble, intégralemment ou par analyse, comme vous le voudrez. Je crois mon idée juste, et répondant aux aspirations de bien des confrères soucieux des intérêts matériels de la profession comme aussi de la dignité médicale.

« Dr MARGUERITTE. »

II

Cher confrère,

Suivant un très-bon exemple, je vous prie de faire toucher le montant de mon abonnement au *Concours médical*, que vous emploierez, j'en suis convaincu, au mieux des intérêts de tous.

Ceci dit, laissez-moi encore enfourcher mon dada, et vous parler à nouveau de l'utilité pour les médecins de constituer des *chambres syndicales* pour la défense des intérêts professionnels. Aussi bien, j'y suis invité par la réponse à une lettre antérieure de moi que je trouve dans le nº 3 du *Concours médical* de 1880, réponse extraite de l'annuaire de l'Association générale — par le catéchisme des associations médicales, extrait de l'annuaire de l'Association générale et publié dans le nº 4 du même journal, — enfin par une lettre du Dr L... insérée dans notre nº 6, et terminée par cette pieuse invocation : *Des Jurys d'Etat, préservez-nous, Seigneur!*

Tout d'abord, je suis heureux de vous dire que, dans notre ville du Havre, je ne suis pas le seul à trouver utile cette constitution de *chambres syndicales* pour les médecins. De plus, je constate, d'après l'annuaire de l'Association générale, qu'un certain nombre de sociétés réclament la création de *Conseils de discipline* — que même, pour assurer le fonctionnement de ces conseils de discipline, M. le Docteur Caloy, rapporteur de la société de Toulon, voudrait voir instituer des *Jurys d'Etat.*

Nous voilà, ce me semble, bien loin de ma proposition qui a été formulée en ces termes :

Tous les médecins d'une même ville, et, en dehors des villes, tous les médecins d'un même canton, devraient être inscrits au tableau de l'ordre, et constituer, par voie d'élection, une chambre syndicale chargée de veiller aux intérêts de la profession.

Disséquons maintenant cette proposition, si vous le voulez bien.

Je dis : *Tous* les *médecins...* parce que *tous* les médecins ne font pas partie de l'Association générale. Loin de là. — Bien plus, il en est qui trouvent bon de s'en séparer. A tort ou à raison, je n'ai point à le juger; il me suffit de constater le fait, et de le déplorer. Et c'est cette dissidence, d'un certain nombre de confrères dès plus honorables, qui m'a amené à demander que *tous* les médecins *devraient*, etc., comme *tous* les avocats, *tous* les notaires, *tous* les huissiers le *doivent* dès leur entrée dans la carrière.

Je ne puis accorder une bien grande valeur à cette objection que les avocats sont groupés autour d'un tribunal devant lequel ils exercent leur profession; car les notaires, les huissiers, sont, tout comme nous, disséminés sur la surface du pays, et n'en ont pas moins leurs chambres syndicales.

Et, notez-le bien, je réclame pour nous, médecins, des *chambres syndicales*, et non pas des *chambres de discipline*, ce qui n'est pas la même chose. Rappelez-vous ce que je vous écrivais, il y a quelques semaines, dans une lettre restée inédite. N'êtes-vous pas convaincu que du jour où les intérêts *matériels* de la profession seront sauvegardés d'une manière sûre, les intérêts *moraux* le seront également, parce que le médecin ne se trouvera jamais exposé à choisir entre son intérêt et son devoir. Vous ne verrez plus alors de ces compétitions, où le médecin laisse toujours quelque lambeau de sa dignité et de son indépendance au profit de sociétés qui nous considèrent encore comme taillables et corvéables à merci.

Enfin, si l'Association générale est une bonne et excellente chose, il faut bien convenir qu'il est une foule de questions locales, d'intérêts particuliers à telle ou telle ville, à tel ou tel canton, pour lesquels elle ne peut nous être d'aucun secours. Je ne voudrais pas qu'on put supposer un seul instant que je m'élève contre l'Association générale à laquelle je suis heureux d'être affilié; mais je sais que son action peut être complétée par la création de *chambres syndicales*, lesquelles rendront inutiles les *chambres de discipline* et à plus forte raison les Jurys d'Etat.

Agréez, très-honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr L. MARGUERITTE

Oui, cher confrère, l'Association générale des médecins de France, par ce fait de sa qualification de générale, est obligée de se tenir à une certaine hauteur. Elle est rarement impuissante à se préoccuper des intérêts qui nous touchent de plus près. Elle ne néglige pas le soin de notre dignité professionnelle; en faire partie est un honneur que nous apprécions, vous et la moitié environ des adhérents du *Concours Médical* qui en faisons partie dès son origine ou depuis sa fondation. Elle se préoccupe de nos intérêts généraux que seule, à notre avis, elle peut sauvegarder et améliorer. Mais ceux qui n'ont pas encore voulu en faire partie, ceux qui ont fait sécession ont été pour la plupart, entraînés à ces déterminations par l'idée qui est exacte, que, comme les dieux de l'Olympe, elle est un peu trop éloignée du commun des mortels. Nous entendons par là que quand il s'agit de nos intérêts particuliers, de

nos froissements si fréquents, son action est insuffisante.

De cette impression découlent de temps à autre ces propositions si fréquentes de création de conseils de discipline à laquelle se refuse énergiquement le sentiment de notre chère indépendance, de notre self-government, le plus précieux de nos si modestes priviléges, celui sur lequel nous ne devons jamais laisser empiéter.

Nous voyons bien, par votre lettre, qu'il ne s'agit en aucune façon d'une telle institution. — Vos syndicats médicaux par canton nous plaisent à plus d'un titre ! mais le premier de tous, celui qui à lui seul serait de nature à nous déterminer à vous suivre dans cette voie c'est qu'elle est pratique, qu'elle est à notre portée, qu'elle est parfaitement dans le sens de la devise que le *Concours Médical* a adoptée, et dont il s'efforcera toujours de s'inspirer : faire nos affaires nous-mêmes; nous protéger nous-mêmes, dès lors qu'on nous démontre que nous pouvons nous suffire.

Nous disons donc à notre précédent interlocuteur, le Dr Steibel : quand vous assisterez à la réunion annuelle de votre société locale, prenez donc l'initiative si vous avez l'autorité nécessaire, ou dans le cas contraire faites la prendre par plus autorisé que vous pour créer dans votre canton le syndicat du Dr Margueritte.

Certes vous serez là sur un terrain solide, sur le terrain que vous connaissez bien. Plus les intérêts moraux et matériels à discuter sont rapprochés, plus ils sont faciles à satisfaire.

Assurément de ce concert local, nous voyons les difficultés. C'est ici qu'intervient la question des intérêts hostiles, des inimitiés invétérées, si souvent sans fondement et résultant du défaut de se connaître. Mais, c'est ici aussi, que les résultats d'un concert, d'une entente, seraient immédiats et que bien plus que, dans l'association générale, nous y trouverions la satisfaction de nos aspirations, le redressement de nos griefs.

Et si c'était dans les sociétés locales de l'association générale que sugissaient ces initiateurs des syndicats, ce serait là encore un des bienfaits de cette grande création qui a déjà accumulé un énorme capital, moyen de toutes les grandes choses; organisé une caisse des retraites, l'œuf d'une œuvre féconde et secourable, et permis à tant de gens de cœur de faire œuvre d'avenir.

Nous demandons maintenant au docteur Margueritte de vouloir bien entrer dans la pratique et nous formuler un règlement de ses syndicats cantonaux. De notre côté nous étudierons avec quelque passion cette question, qui s'offre à notre esprit sous des aspects bien divers, que nous exposerons.

Merci à notre confrère du 1er paragraphe de sa seconde lettre. Nous n'avons pas voulu le supprimer, parce que ces témoignages de concours sont pour nous de bien précieux encouragements.

Une petite querelle pour terminer : nous n'aimons pas beaucoup ce terme de : chambres syndicales. Il nous semble qu'on pourrait trouver un vocable différent ; une constatation aussi : c'est que déjà, dans quelques départements, des tentatives de ce genre ont été couronnées de succès. Nous pouvons citer l'arrondissement de Louhans, nous avons sous les yeux une circulaire de 1876 qui constate un syndicat organisé et en plein fonctionnement. Notre confrère sera heureux de voir que ses idées se sont déjà traduites par l'exécution.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

Nous répétons, pour la dernière fois, que les numéros d'ordre inscrits sur les bandes imprimées du *Concours Médical*, indiquent que le destinataire est au nombre des mille fondateurs. Prière à nos correspondants qui réclament une réponse par lettre particulière, 'insérer le timbre de retour.

— Dr C., 219, 6 févr.

« *La constatation des décès n'est-elle pas obligatoire pour toutes les communes, dans tous les départements? Un maire, un préfet peuvent-ils* ne pas vouloir *que les décès soient constatés dans leurs communes.* »

Non, ils n'ont pas cette faculté ; la mesure est générale et obligatoire, en vertu d'instructions ministérielles.

Quant à la seconde question que vous nous adressez, il y a doute et la réponse ne peut être précise comme la précédente. La question des distances est un élément essentiel. Nous croyons qu'on doit autant que possible éviter un conflit à ce sujet.

— Dr L., à B. (Aube), 9 févr.

L'erreur a été réparée. Vous avez dû recevoir.

— Dr D., 288, 9 févr.

« *Mes félicitations, pour être un peu tardives, n'en sont pas moins sincères; je pourrais dire qu'elles n'en ont que plus de valeur, puisqu'elles sont mûries par l'observation de vos tendances. Je vous ai d'ailleurs conquis des adhésions. Vous rendrez un vrai service à nos confrères et à leurs malades par votre épuration des spécialités, que tous nous adoptons.* »

Nous comptons bien que votre propagande ne s'en tiendra pas aux adhésions que vous nous avez envoyées. Vous avez toute latitude d'ailleurs, ainsi que tous les membres fondateurs et participants inscrits jusqu'à ce jour.

— Dr C., 213.

La maison Alexandre et Weil nous assure que, toutes les fois que l'envoi ne dépasse pas 500 grammes, elle ne néglige jamais de profiter du tarif réduit B 5.

— Dr M., 634, 8 février.

L'histoire dont vous avez bien voulu nous donner les détails d'une façon si explicite et celle qui la suit, ne présentent plus à notre avis un intérêt professionnel direct. Ce sont là les écarts journaliers dont nous sommes les témoins affligés. C'est à les rendre plus rares que tendrait la proposition du Dr Margueritte. Avec un peu d'initiative, cette organisation aurait les plus heureux résultats.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 9 28 février 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Sur la proposition de M. Maurice Raynaud, et après quelques observations présentées par M. Broca, l'Académie de médecine a voté des remerciements à un de ses membres M. Théophile Roussel, sénateur, qui dans la discussion du projet de loi sur le conseil supérieur de l'instruction publique avait défendu un amendement tendant à faire élire par l'Académie un de ses membres pour faire parti du conseil.

Deux membres correspondants ont été élus, ce sont: MM. Duboué (de Pau) et Baillet (de Toulouse).

M. Péan a lu ensuite à l'appui de sa candidature une note sur les grandes *tumeurs kystiques* et *fibro-cystiques* non cancéreuses de l'utérus.

Il les divise en trois variétés: 1° les tumeurs par rétention due à l'oblitération temporaire ou permanent ou à des atrésies congénitales ou accidentelles du col de l'utérus. Parmi ces dernières, il insiste surtout sur les tumeurs de la muqueuse qui forment un bouchon au-dessus duquel les liquides nouvellement exhalés sont retenus. A ce sujet, il rappelle l'observation de l'intéressante malade qu'il a présentée dernièrement à l'Académie, et dont il avait montré les pièces le jour même de l'opération, trois années auparavant.

La seconde variété comprend les tumeurs antéro-cystiques. On sait que ce nom a été donné par l'auteur aux kystes développés dans l'épaisseur des fibres musculaires du col ou du corps de l'utérus, et qui sont susceptibles comme les précédentes, en se développant du côté de l'abdomen, d'acquérir un assez grand volume pour compromettre l'existence. Il insiste sur la difficulté du diagnostic de ces sortes de tumeurs, sur l'utilité de les respecter tant qu'elles peuvent être aisément tolérées par l'organisme et sur les avantages que donne l'hystérotomie quand leur grand volume met la vie en danger.

La troisième variété comprend les tumeurs fibro-cystiques. Il a désigné autrefois sous ce nom les tumeurs à la fois fibreuses et kystiques qui se développent dans le corps et dans le col de l'utérus. Après avoir insisté sur leur diagnostic, il établit que, s'il convient de respecter ces tumeurs tant qu'elles sont peu volumineuses et qu'elles ne compromettent pas la vie, il ne faut pas hésiter, dans le cas contraire, à les combattre par un traitement chirurgical. Il propose, en conséquence, d'ouvrir ou même d'enlever par la voie vaginale celles qu'il est possible d'atteindre de ce côté. Il note en passant, comme il l'a fait observer pour une malade présentée récemment à l'Académie, que si ces tumeurs sont sessiles, larges, trop profondément situées pour être extraites, il ne faut pas, lors même que la partie kystique constitue la presque totalité de la tumeur, trop attendre du traitement par l'incision et la suppuration.

Lorsque la tumeur se développe du côté de l'abdomen et acquiert un assez grand volume pour compromettre l'existence, il démontre que l'hystérotomie seule peut donner des chances sérieuses de guérison. Lorsque la portion liquide de la tumeur prédomine, une incision courte faite aux parois abdominales et la ponction des loges,

suffit pour l'extraire. Quand, au contraire, la partie solide est tellement volumineuse que, pour l'extraire, il faudrait prolonger l'incision jusqu'à l'épigastre, il a obtenu les meilleurs résultats de son procédé de morcellement, qui permet de diminuer le volume de la tumeur sans augmenter la durée de l'opération et en mettant à l'abri des hémorrhagies. C'est sans doute parce que les chirurgiens qui ont appliqué ce procédé l'ont fait autrement que lui, qu'ils en ont obtenu des résultats moins favorables.

En terminant, M. Péan donne la statistique des 46 hystérotomies qu'il a pratiquées en vue d'enlever des tumeurs solides et liquides de l'utérus; elles se répartissent ainsi : fibromes, 32; hypertrophie, 1; tumeurs fibro-cystiques, 8; tumeurs utéro-cystiques, 4; tumeur par rétention des liquides normalement exhalés ou du pus de la muqueuse formant bouchon, 1. Or, il résulte de sa pratique que, comme le faisait dernièrement remarquer M. Duplay à l'Académie, les hystérotomies sont bien autrement favorables pour des tumeurs kystiques et fibro-cystiques, que pour les tumeurs extrêmement solides. Tandis que les 33 hystérotomies pratiquées pour fibromes et hypertrophie ont donné 21 guérisons et 12 insuccès, sur 8 tumeurs fibro-cystiques, il a eu 5 guérisons et 3 insuccès. Les 4 tumeurs utéro-cystiques lui ont donné 4 guérisons, et celle dans laquelle il y avait à la fois tumeur par rétention et kyste interstitiel de l'utérus, a été également suivie de guérison.

Cette proportion de 10 guérisons sur 13 opérées est, comme on le voit, bien autrement favorable que la statistique générale qui nous vient de l'étranger; aussi l'auteur fait-il observer que ces résultats sont encourageants, puisqu'il considère comme bien plus rares les cas dans lesquels les fibromes nécessitent l'intervention chirurgicale, tandis que la marche des tumeurs fibro-cystiques et utéro-cystiques est bien autrement menaçante.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA FORME MÉDICAMENTEUSE ET DU MODE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC.

Il est, dans la thérapeutique et dans la matière médicale, une question pratique qui, malgré son importance, est le plus souvent laissée de côté : je veux parler de la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments.

Sans doute le professeur, qui se place surtout au point de vue théorique, ne peut entrer dans une prolixité de détails qui rendrait interminable l'étude d'une seule médication; il n'en serait pas moins désirable que l'élève connût les motifs qui, dans un cas donné, font préférer une poudre à une teinture, une pilule à une potion.

Mince question peut-être pour ceux qui regardent la thérapeutique elle-même comme une science accessoire, question très-importante au contraire pour le praticien qui, surtout à ses débuts, se trouve si souvent arrêté au moment de formuler.

Je ne veux pas parler de ces ordonnances qui font la joie des élèves en pharmacie, ni même de ces formules courantes que seule la routine a pu faire accepter; je suppose l'indication comprise, le médicament choisi et je me borne à examiner sous quelle forme il sera prescrit, dans quel véhicule, à quel moment.

Faudra-t-il l'administrer en nature? conviendra-t-il d'adopter la forme dissoute en potion, en sirop, ou bien au contraire la forme pilulaire?

Faudra-t-il recourir à une autre voie d'absorption et donner la préférence au lavement, à l'injection hypodermique?

Les conditions du problème sont multiples : la nature des principes médicamenteux, leur solubilité, la durée qu'on donnera à leur emploi, l'effet qu'on en veut tirer sont autant de données dont il faut tenir compte.

D'autre part l'état du malade et en particulier celui de son estomac doivent être interrogés.

On pourrait donc, dans une certaine mesure, dire que l'idiosyncrasie seule peut nous décider. Il est pourtant des conditions qui se rencontrent assez souvent pour qu'on puisse tracer quelques règles générales.

C'est assez dire qu'il faut se borner aux cas les plus fréquents et aux médicaments les plus usuels.

Peut-être un jour poursuivrai-je cette étude, je me bornerai actuellement aux indications fournies par l'état de l'estomac.

Plusieurs cas peuvent se présenter : l'estomac lui-même est malade et la médication prescrite s'adresse à ce seul état morbide; l'affection gastrique peut compliquer une maladie générale à laquelle elle se rattache plus ou moins; enfin la fatigue de l'estomac peut se rencontrer dans une affection tout-à-fait indépendante.

D'où la nécessité d'une division dans l'étude des indications données par l'estomac.

1° *Affections gastriques.* — La dyspepsie se présente sous des formes bien différentes : tantôt elle revêt un caractère inflammatoire, elle est déterminée par l'atonie de l'organe qui se laisse distendre par des gaz ou bien s'emplit de liquides continuellement sécrétés par sa muqueuse.

Enfin ces formes diverses névrosique, atonique

catarrhale ou inflammatoire, peuvent se compliquer mutuellement pour produire ces états complexes que nous montre la pratique de chaque jour.

Quelles indications peuvent-elles donc fournir au point de vue de la forme médicamenteuse?

Une première règle s'impose par son caractère d'évidence : il faut rejeter les liquides toutes les fois qu'il y a hypersécrétion muqueuse.

Soit donc qu'on ait recours, dans la dyspepsie catarrhale, aux absorbants, aux astringents légers, aux évacuants, aux sédatifs même ou aux toniques, on préférera les poudres sèches qui, à leur action propre, joignent une action mécanique.

Le charbon sera donné enveloppé dans un pain azyme accompagné de la plus petite quantité possible de liquide et non préalablement délayé.

Le sous-nitrate de bismuth se donnera de la même façon, la magnésie, le carbonate de chaux, les prises alcalines de Trousseau, etc...

Une distance convenable des repas permettra à cette action absorbante de se produire.

Si l'état catarrhal s'accompagne de douleurs, on conseillera l'opium ou la morphine qui s'associent très-bien au sous-nitrate de bismuth. Les pilules d'opium à un centigramme rendront de grands services. — Administrées quelques minutes avant les repas, elles auront le temps de calmer l'organe et rendront la digestion moins pénible.

L'hypersécrétion muqueuse complique bien souvent un état d'atonie, ce sera de prescrire les poudres amères ou aromatiques : noix vomique, quassia, colombo, quinquina, rhubarbe, eannelle, calamus aromaticus, anis, etc...

C'est au moment même des repas qu'on les fera prendre, afin que leur action stimulante se fasse sentir pendant le travail même de la digestion.

Les vins, les teintures alcooliques seront proscrits ainsi que les liqueurs, afin d'éviter la fermentation acide qui augmenterait encore les phénomènes d'aeor et de pyrosis.

Les médicaments eupeptiques sont avantageusement prescrits : les alcalins se donneront au commencement des repas, ou mieux pendant, sous forme d'eaux minérales.

Les acides lactique ou chlorhydrique (s'il n'y a pas d'acor ni de pyrosis) au même moment sous forme de pastilles ou de sirops.

La diastase et la pepsine, sous forme de poudres ou de pastilles, seront également préférées aux autres préparations.

La dyspepsie flatulente exige la même forme sèche des absorbants mécaniques, tels que le charbon qui, une fois ses pores gorgées de liquide, perd toute propriété d'absorption gazeuse.

Mais la règle perd de sa rigueur pour les autres médicaments. L'atonie pourra être combattue par les macérations amères, les infusions aromatiques, les teintures amères et aromatiques, le vin de quinquina seront eonseillés avant les repas, et, après les liqueurs telles que la chartreuse, le curaçao, l'anisette ou l'élixir de Garus.

Les vins, les élixirs de pepsine ou de diastase, se prendront au milieu des repas.

Si les eaux minérales gazeuses ou alcalines doivent être rejetées, on pourra conseiller l'usage des limonades lactique ou chlorhydrique.

Contre la douleur, si les préparatious d'opium sont ordonnées, elles le seront à faibles doses : les pilules à un centigramme conviendront eneore parfaitement.

L'éther qui agit comme anesthésique et, plus tard, comme stimulant diffusible, sera généralement préféré. Ce sera le cas de conseiller les perles d'éther.

La dyspepsie névrosique douloureuse ou spasmodique réelame les préparations calmantes liquides : le laudanum (1), la teinture thébaïque, la morphine en

Les anesthésiques, s'ils sont conseillés, seront donnés sous la forme diluée de sirops ou de potions.

L'arsenic, en amenant une sédation circulatoire et nerveuse, donne de bons résultats : c'est sous forme d'arséniate de soude en solution ou de liqueur de Fowler, qu'on le prescrira au moment des repas. On rejetera les granules d'acide arsénieux.

Dans la forme inflammatoire, où les médicaments sont si difficilement tolérés, le mucilage de gomme sera le véhicule préféré : on prescrira donc la potion gommeuse diacodée ou morphinée, la potion gommeuse bismuthée, etc...

Parfois e fin l'estomac se montre d'une intolérance extrême et rejette tout ce qui est ingéré : c'est alors qu'il faudra recourir aux lavements calmants, aux injections hypodermiques, pour calmer la douleur d'abord et ensuite pour apaiser cet état de révolte de l'organe et permettre l'administration d'autres médicaments.

(*à suivre*) Doeteur GASSOT.

DU PHIMOSIS (2)

(*suite*)

Le débridement linéaire à la face dorsale du prépuee est également si facile et si expéditif, que je l'emploie toujours quand il est indiqué, et sans le secours du chloroforme, même chez les adultes qui réclament le plus vivement l'anesthésie. Chez un sujet très-craintif, j'ai d'ailleurs une fois éteint la sensibilité de la peau avec l'éther pulvérisé, et la douleur a été presque nulle.

Il est une variété de phimosis qui mérite une courte mention. A première vue, les choses semblent normales; le gland peut être découvert quoiqu'avec peine dans la flaccidité, mais dans l'érection l'orifice préputial trop étroit presse sur lui et continue à l'emprisonner. Si eelui-ei, par hasard, vient à franchir

(1) J'ai pris l'opium comme type, mais les mêmes règles s'appliqueraient évidemment à tout autre calmant. solution.

(2) Analyse d'une leçon clinique de M. le prof. Verneuil. — *Chirurgie réparatrice*, — 1 vol. in-8°, G. Masson.

l'anneau, il y a chance qu'un paraphimosis se produise.

Le débridement linéaire dorsal suivi de réunion avec les serre-fines convient très-bien à ces cas, et je l'ai pratiqué plus d'une fois avec succès.

Quand uu malade est trop pusillanime, on peut alors avoir recours à l'expédient suivant : ayant bieu fixé la verge de la main gauche, de la droite on attire le plus possible le prépuce en arrière et on met à nu presque les deux tiers antérieurs du gland. Alors, à l'aide d'une traction un peu brusque, on découvre celui-ci en entier. On tient quelques minutes les choses en ce nouvel état pour empêcher la réduction. Le gland devient rapidement turgide et dès lors le paraphimosis s'établit. On fait mettre le malade au repos, puis au bout de quelques heures, quand le retour du prépuce en avant ne paraît plus possible, on fait envelopper la verge de compresses froides et résolutives. Le paraphimosis se comporte comme dans les cas légers et guérit en une dizaine de jours. Depuis cette époque l'ouverture préputiale restera suffisante.

Le phimosis compliqué d'œdème inflammatoire du prépuce peut mettre obstacle au cathétérisme en cas de rétention d'urine. J'ai rencontré trois faits de ce genre, l'un chez un enfant, les deux autres sur l'adulte. Le prolongement tuméfié du prépuce empêchait absolument de découvrir le méat. Je me suis contenté de pratiquer sur la face dorsale, et parallèlement à l'axe de la verge, une incision à laquelle il fallut donner chez un des adultes cinq centimètres d'étendue et qui saigna abondamment.

Quoique devant être réservée pour des cas exceptionnels, la circoncision est parfois indispensable; c'est ce qui arrive quand, à la suite d'inflammations réitérées, de balano-posthite chronique, le pli préputial tout entier est épaissi, induré, rétracté sur le gland. Il y a trois ans, j'ai observé un cas de ce genre où la muqueuse se présentait au toucher comme une coque cartilagineuse.

Même indication de la circoncision quand la face interne du sac préputial est recouverte de nombreuses végétations simples ou passent à l'état d'épithélioma papillaire.

Il convient encore de réséquer largement le prépuce quand, à la suite d'un chancre mou, il présente près de sa base une perforation à travers laquelle le gland fait hernie.

Dans toutes ces ablations du prépuce, il faut s'attendre à une hémorrhagie assez vive, diffiicile à arrêter, parce qu'elle se fait en nappe et que de plus elle est fort exposée à se reproduire. On la réprime avec le froid, les styptiques ; mais ces moyens sont douloureux, provoquent une inflammation souvent très-vive, et préviennent mal les hémorrhagies secondaires. Dans un cas de ce genre j'ai opéré avec le couteau galvanique et m'eu suis si bien trouvé que j'en recommande vivement l'usage. La section se fait avec autant de précision qu'avec le bistouri et simplifie le pansement qui consiste en l'application d'une compresse imbibée d'eau froide additionnée d'un liquide antiseptique. Le thermo-cautère Paquelin, substitué au galvano-cautère, aurait les mêmes avantages et la commodité en plus.

Ce n'est pas d'ailleurs seulement dans les cas compliqués que l'hémorrhagie est à craindre, c'est l'accident le plus grave et le plus souvent signalé après la circoncision ordinaire ; elle provient surtout de l'artère du frein dont la ligature, soit dit en passant, n'est pas toujours aisée. Il est un moyen bien simple de s'en garantir, c'est de ne pas réséquer le prépuce trop près de son insertion à la face inférieure de la verge.

L'ablation du rétrécissement tubulaire, alors même qu'il est très-étendu, suffit amplement, et il est inutile d'empiéter sur la portion du sac préputial qui se moule sur le gland, mes dissections m'ayant montré que ce sac est toujours ample et extensible; en se bornant donc à exciser la seule zone rétrécie, on reste loin du frein et loin par conséquent du tronc artériel qu'il renferme.

En résumé, voici comment il faut procéder :

Attirer à soi autant que possible le limbe préputial, saisir et comprimer le prépuce entre les branches d'une pince à pansement appliquée et maintenue par un aide au point où l'on veut faire la section ; exécuter celle-ci avec uu bistouri bien tranchant en rasant les branches de la pince.

Malgré tous les efforts qu'on a faits pour attirer la zone rétrécie, elle n'est presque jamais détruite en entier et le gland se présente à la surface de la plaie recouvert du feuillet muqueux du prépuce : il faut alors débrider celui-ci sur la ligne médiane de la face dorsale dans l'étendue d'un centimètre environ.

Les bords de cette incision sont très-extensibles et s'étalent transversalement à volonté; on les réunit facilement à la peau ainsi que le reste de l'incision circulaire.

Un mot encore sur l'écoulement sanguin.

Lors même qu'il est minime il gêne notablemeut la réunion immédiate et surtout l'application régulière des serre-fines qui constituent ici le meilleur agent de coaptation. La mise en place d'une couronne complète de ces petits instruments est assez longue et demande à être très-régulièrement faite, ce qui est malaisé quand la plaie est souillée de sang ou quand ce fluide s'est infiltré dans le tissu lâche interposé entre les deux membranes. J'ai récemment tiré bon parti de l'ischémie préalable exécutée avec un simple tube à drainage euroulé méthodiquement de l'extrémité du prépuce attiré et tendu jusqu'à la partie moyenne de la verge. L'excision du repli fournit à peine quelques gouttes de sang et dès lors rien n'est plus facile que de poser les serre-fines. On comprend toutefois qu'en opérant ainsi il faut n'avoir que des vaisseaux sans importance et ne point intéresser l'artère du frein, sans quoi, la bande de caoutchouc enlevée, on s'exposerait à voir se produire sous la ligne de réunion une infiltration sanguine qui nuirait singulièrement à la guérison et pour le moins la retarderait beaucoup.

J'ai observé dans ma pratique, quoiqu'en petit nombre, certains accidents consécutifs à la circoncision.

1° Deux hémorrhagies ; l'uue quelques heures après l'opération, l'artère du frein avait été ouverte et le jet sanguin s'était arrêté de lui-même ; il reparut dans l'après-midi, et la ligature en fit justice.

L'autre se montra au cinquième jour. On avait vainement essayé de l'arrêter avec la charpie, la compression, le perchlorure de fer avant mon arrivée. Je tentai sans succès la ligature avec les pinces et le tenaculum. Je ne réussis qu'en passant transversalement une épingle à insectes au niveau du frein, audessous du point qui fournissait le sang et en enroulant un fil de soie autour de l'épingle. Celle-ci resta en place et tomba trois jours après.

Aujourd'hui j'appliquerais une pince hémostatique et la laisserais douze ou quinze heures.

2° Une hyperesthésie très-vive de la surface du gland par suite de son exposition inaccoutumée à l'air ; elle persista près de cinq semaines.

3° Une lymphangite passagère avec adénopathie inguinale.

4° Après la coaptation très-exactement faite avec les serre-fines, j'ai vu la réunion manquer en totalité ou en partie et les plaies se cicatriser lentement.

Je n'ai jamais vu survenir d'accidents inquiétants, mais je sais pertinemment que deux fois, dans ces dernières années, l'opération du phimosis a entraîné la mort chez l'adulte. L'un au moins des sujets était diabétique. La complication n'avait pas été reconnue ni même soupçonnée avant l'opération.

Ces faits, qui n'ont pas été publiés, me sont revenus en mémoire quand, à la session de l'Association française tenue à Clermont-Ferrand en août dernier, j'ai entendu la très-intéressante communication faite par un chirurgien distingué du pays, M. le docteur Bourgade. Il a décrit comme variété distincte le *phimosis diabétique*, dont il a observé quatre cas. Chez deux sujets l'opération avait produit des accidents sérieux.

L'auteur recommande avec raison de songer toujours à la possibilité du diabète chez les adultes atteints de phimosis acquis, — d'essayer le traitement topique et médical avant tout, et de n'opérer qu'avec la plus extrême prudence. Je m'associe pleinement à ces sages conseils.

DES CAUSES DE CLAUDICATION CHEZ LES ENFANTS.

I

On vous amène un enfant qui boite : quelle est la cause de sa maladie ? Il ne faut pas croire que ce phénomène, la claudication, est toujours produit par la même affection ; il est le résultat de maladies très-différentes. Le médecin doit en faire le diagnostic différentiel ; le traitemeut sera aussi tout-à-fait différent, suivant que l'accident sera rattaché à telle ou à telle autre maladie.

Voici, par exemple, une fillette d'une douzaine d'années qui boite et marche avec des béquilles. Je la fais coucher sur un lit, et j'examine immédiatement l'articulation coxofémorale. Si je saisis le fémur et que je lui imprime des mouvements, je fais basculer le bassin qui oscille en même temps que le fémur ; mon doigt, appliqué sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, perçoit exactement la transmission des mouvements imprimés au fémur, comme si fémur et bassin ne faisaient qu'une seule pièce. C'est là, vous l'avez reconnu un signe pathognomonique de la coxalgie. Venons à des cas plus difficiles et plus compliqués.

Je vous présente une petite fille de six ans, qui boite comme la première. Je répète le premier examen, je cherche la coxalgie, et je ne trouve rien du côté de la jointure. La tête du fémur est complétement libre dans son articulation. A quoi tient la claudication ?

Est-ce à la paralysie infantile ? Il y a en effet amaigrissement du membre, mais en même temps je constate du raccourcissement de ce membre ; le bassin n'est pas relevé, au contraire il est plutôt abaissé ; il faut donc chercher une autre cause que la paralysie infantile. Explorons le pli de l'aine : du côté sain, je sens la tête du fémur sous mon doigt, tandis que, du côté malade, je ne suis plus arrêté par la tête du fémur, qui a disparu de sa place habituelle. La cavité du pli de l'aine est plus prononcée que du côté sain. Il y manque la saillie faite naturellement par l'extrémité supérieure du fémur. Si je fléchis le membre, je trouve une mobilité exagérée, le genou vient jusque dans l'aisselle. Les mouvements de flexion sont donc plus libres qu'à l'état normal ; ceux d'abduction sont seuls limités. La région fessière est ronde du côté normal, mais, du côté malade, nous voyons que le trochanter est plus éloigné de la ligne médiane, et que la fesse est plus plate, les muscles fessiers étant plus étalés, parce que leurs insertions sont plus éloignées. Si je fais fléchir le membre en plaçant la main au-dessus du trochanter, je sens la tête sous mon doigt, roulant et circulant autour de la cavité cotyloïde. La tête du fémur est donc sortie de sa cavité ; il y a luxation du fémur sur le bassin.

Les causes de claudication sont le plus souvent des maladies articulaires, dont la plus fréquente est, sans contredit, la coxalgie à tous les degrés ; en second lieu vient la luxation congénitale, qui est cependant assez rare et dont je viens de vous présenter deux exemples.

A côté de ces causes principales, nous trouvons les lésions osseuses, l'ostéo-périostite, du voisinage de l'articulation coxo-fémorale, du genou ou du tibia, les fractures, les cals difformes, parfois même les périostoses. Ajoutons-y encore les maladies du système nerveux, la paralysie infantile, les paralysies d'origine cérébrale, médullaire ou diphtéritique. La douleur d'une névralgie est encore bien suffisante pour déterminer une boiterie ; à plus forte raison, si la douleur est symptomatique d'une lésion osseuse. De même, les maladies du système musculaire, la paralysie pseudo-hypertrophique dans laquelle les muscles

se développent considérablement; mais l'accroissement de volume est dû seulement au tissu conjonctif qui étrangle la fibre musculaire elle-même et la condamne à l'impuissance. L'atrophie musculaire progressive, les contractions dues à la peur (et auxquelles il faut bien faire attention dans une première exploration), les rétractions musculaires, parfois les abcès de la fosse iliaque, le mal de Pott avec une collection purulente arrivant au voisinage du psoas (ce qui simule la coxalgie d'une façon bien remarquable, retenez-le bien), les brûlures, etc., sont encore autant de causes de claudication.

La croissance est bien aussi une cause de boiterie, mais beaucoup plus rare qu'on ne le dit généralement. Des douleurs dans les os et les articulations peuvent bien être le fait d'une croissance rapide, mais il faut vous défier de ce diagnostic, et ne l'accepter que lorsque vous aurez invoqué en vain toutes les autres causes que je viens de signaler. Hier encore, je voyais un de mes petits clients, âgé de quatre ans; il se plaignait de fatigue dans le genou, ce que le père attribuait à la croissance ou à la fatigue provoquée par des exercices d'escrime auxquels il se livre avec son fils; j'examinai les articulations, et je découvris une arthrite coxo-fémorale qui pourra bien le mener à la coxalgie complète.

Revenons maintenant en détail sur chacune des principales causes de claudication que je viens de vous énumérer.

Et d'abord la *coxalgie :* comment reconnaîtrez-vous que la claudication est due à la coxalgie? Je vous ai indiqué le premier signe chez la première malade que j'ai examinée, la transmission au bassin des mouvements imprimés au fémur, signe pathognomonique par excellence. Le deuxième signe est la douleur; le petit malade boite et il souffre. La douleur s'exaspère la nuit; elle siége surtout dans le genou, au début. Après avoir imprimé des mouvements au fémur pour voir s'ils font basculer le bassin, examinez le pli de l'aine et la partie postérieure de l'articulation; constatez s'il y a une luxation de la tête fémorale. Enfin l'attitude du membre dans l'adduction, son allongement ou son raccourcissement, etc., achèveront de confirmer le diagnostic.

Il est bien entendu que nous ne nous arrêtons pas aux maladies du genou, des articulations tarsiennes, etc., qui sont une cause de claudication, mais dont le diagnostic s'impose immédiatement.

La *luxation* congénitale donne lieu aussi à la claudication. Dans ces cas, le malade se dandine, se tasse, pour ainsi dire, du côté où il marche; il semble que ce côté descend, à chaque pas, de 1 ou 2 centimètres, et que la cuisse entre dans le corps. La portion du membre luxé est à peu près la même que dans la coxalgie, et ne peut aider beaucoup à faire le diagnostic différentiel.

Quand l'enfant vient de naître, atteint d'une luxation congénitale, la tête du fémur est sur le sourcil cotyloïdien; les muscles qui s'insèrent à la partie interne du fémur sont tiraillés, le membre se place dans l'adduction. Plus tard, quand l'enfant marche, la tête fémorale se place en dehors de la cavité, puis elle chemine dans la fosse iliaque, en glissant toujours vers la partie supérieure et en dehors.

Son manchon fibreux est trop large, probablement déjà dans la vie intra-utérine, à la suite d'un arrêt de développement analogue à celui qui produit le bec-de-lièvre, la hernie, etc. Le ligament nous permet le déplacement favorisé encore par un sourcil cotyloïdien moins élevé qu'à l'état ordinaire. La flexion se fait alors beaucoup plus facilement qu'à l'état normal dans lequel la tête serait arrêté par l'os des îles. L'extension est aussi très-facile, aussi bien que l'adduction; mais l'abduction est très-limitée, parce que les muscles sont plus courts à cause du déplacement de la tête, ils sont en dehors de la ligne médiane. Le pli de l'aine n'est plus composé que de parties molles sous le doigt, quand la tête n'est plus à sa place; le pli inguinal fait un creux. A la partie postérieure, la tête du fémur se trouve dans la fosse iliaque; le trochanter est plus haut et beaucoup plus en dehors. Au premier examen, la fesse paraît plate, le pli fessier est plus long. La mobilité de la tête se constate sous la main; au contraire, on perçoit l'immobilité du trochanter sous le doigt, parce que ce trochanter devient un point central et ne se déplace pas pendant que la tête décrit un arc de cercle. A l'état sain, le trochanter est comme enchâssé dans l'os, et l'on n'en perçoit pas la mobilité. Ici, au contraire, on sent qu'il est possible de le mouvoir. Si l'on fait des tractions sur le fémur, en fixant le bassin, on sent qu'on l'abaisse un peu; ce signe a été indiqué par Dupuytren.

Les *lésions osseuses* simulant la coxalgie sont encore une cause de claudication. Il faut aussi savoir les reconnaître. Chez les sujets scrofuleux, l'ostéo-périostite du trochanter, de l'os iliaque ou du fémur, provoque une atmosphère douloureuse, inflammatoire, gênant les muscles et produisant des symptômes fonctionnels analogues à ceux de la coxalgie. L'enfant boite; il a de la raideur et se tient le plus fixe possible. Le chloroforme permet de poser un diagnostic sûr. Mais, sans cette ressource suprême, vous pouvez vous prononcer. Explorez d'abord la région saine pour habituer l'enfant à votre examen, puis imprimez au membre malade des oscillations très-douces, très-ménagées, qui vous permettront bientôt de provoquer une rotation absolue du fémur dans tous les sens, et vous prouveront que l'articulation est libre. J'ai vu ainsi un adulte qui avait une sciatique depuis deux ou trois mois; on voyait à la hanche quelque chose se tuméfier; cela venait-il de l'os iliaque du trochanter ou de la jointure? Je constatai qu'il pouvait faire tous les mouvements; j'étais donc sûr qu'il n'y avait rien dans l'articulation. Il avait été opéré deux fois pour un cancroïde du sein (quoique ce fût un homme), et les accidents actuels tenaient à une lésion cancéreuse des os du bassin. Très-souvent à nos consultations nous inscrivonss rapidement le diagnostic de coxalgie pour des enfants pâles, scrofuleux, qui boitent; lorsqu'ils sont examinés plus attentivement dans nos sal-

les, nous découvrons que les mouvements sont conservés dans l'articulation incriminée.

Dans la *paralysie infantile*, l'enfant boite encore, mais c'est d'une façon différente; il traîne la jambe. Il n'a pas de douleur; les accidents sont venus tout d'un coup; on sait que tel jour l'enfant était bien portant, et que le lendemain on l'a trouvé, après des convulsions ou non, atteint de paralysie à la moitié du corps. Puis le bras se dégage vite, mais la jambe traîne, et, notamment à sa région antéro-externe, on remarque son atrophie avec tendance au pied-bot équin varus.

Examinez les mouvements articulaires, ils sont libres; le pli de l'aine n'est pas déprimé comme dans la luxation congénitale; il n'y a point d'écartement du grand trochanter; il n'y a que faiblesse du membre atrophié et refroidissement très-sensible de ce membre; rien du côté du cerveau. Cela vous suffira pour prononcer le diagnostic de claudication produite par la paralysie infantile.

II

Une autre cause de claudication chez les enfants est celle qui est produite par les *paralysies* d'origine *cérébrale* ou d'origine *médullaire*. Si la claudication tient à une paralysie cérébrale, vous trouverez chez l'enfant les fonctions du cerveau plus ou moins profondément troublées; de même les organes des sens. Vous observerez du strabisme, parfois des convulsions, des contractures, de la raideur, du trouble de l'intelligence. Les parents ne vous diront pas que l'enfant est tombé malade subitement, du jour au lendemain, vers l'âge de 9 à 24 ou 26 mois, comme nous l'avons vu précédemment dans la paralysie infantile. Dans les cas qui nous occupent, la maladie est venue de longue date, depuis la naissance et progressivement; on a constaté de l'irritation cérébrale, et plus tard apparaît la sclérose cérébrale.

Dans la paralysie médullaire, différente de la paralysie infantile, il y a aussi de la claudication; cela tient ordinairement au mal de Pott; cherchez la colonne vertébrale, et vous trouverez une gibbosité plus ou moins prononcée. Les deux membres sont aussi paralysés l'un que l'autre, ou, du moins, il y a moins de différence entre les deux membres que dans la paralysie infantile, où, un membre étant paralysé, l'autre est à peu près intact. Retenez cependant que la paralysie consécutive au mal de Pott n'est pas incurable, elle peut guérir dans certaines circonstances. Nous avons eu ici un enfant, abandonné depuis trois ans comme incurable; après trois ans de paraplégie, il a pu marcher. On en a vu guérir après dix, vingt ans même.

La *diphthérie* est encore une cause de paralysie et par suite de claudication; vous ne vous y tromperez pas non plus, car on vous racontera que l'enfant a eu mal à la gorge, a eu le croup, qu'il a eu la voix nasonnée et qu'il rejetait les liquides par le nez (paralysie du voile du palais); parfois il y a strabisme et raideur des muscles du cou. Cette paraplégie est encore égale des deux côtés; il n'y a pas d'atrophie du membre, tous deux sont symétriques.

On observe quelquefois la *paralysie éphémère des enfants à la mamelle*, ce que Chassaignac appelait la torpeur musculaire; elle est localisée souvent à un bras, à une jambe, parfois elle occupe les deux bras. Elle dépend toujours d'une violence extérieure faite par une nourrice maladroite ou brutale, ou bien elle est consécutive à un refroidissement manifeste. On apprend que la nourrice a tiraillé le bras brusquement, que l'enfant a été assis sur le sol humide, etc.; c'est là l'explication de la paralysie passagère que l'on trouve à un membre, à une jambe ou à un bras, sans qu'il y ait trace de violence, de contusion ou d'ecchymose.

Dans certains cas, vous verrez des enfants de cinq à dix ou douze ans, des petites filles surtout, présenter des douleurs dans les jambes, des douleurs dans les nerfs, douleurs de tête, douleurs dans la face, dans les membres inférieurs, etc., c'est de l'*hystérie* naissante. Ainsi, j'ai vu une petite fille qui boitait depuis un certain temps. Articulations, os, tout était sain; elle ne présentait que des points douloureux au niveau de l'origine des nerfs. Elle était hystérique, et l'a bien montré depuis.

N'omettons pas les myalgies, les névralgies produites par le refroidissement; ces douleurs dans les membres sont en dehors de toute lésion médullaire ou cérébrale.

Des maladies des masses musculaires peuvent aussi causer la claudication; je veux parler d'une maladie rare, puisque je ne l'ai observée que trois fois, de la *paralysie pseudo-hypertrophique*. Le membre est paralysé, bien que les muscles impotents paraissent développés même outre mesure. Cela tient à ce que ces muscles sont frappés de prolifération conjonctive qui atrophie les fibres musculaires striées. Vous en ferez le diagnostic après avoir éliminé toutes les causes que nous avons énumérées dans la précédente leçon et dans celle-ci; vous verrez alors que l'enfant a les hanches énormes, des mollets rappelant ceux des tableaux de Michel-Ange, et présentant les dimensions observées habituellement chez une femme bien développée, tandis que le tronc et le reste du corps ont conservé les dimensions naturelles à l'enfance.

Vous avez à faire le diagnostic différentiel de cette pseudo-hypertrophie avec la luxation congénitale du fémur; un moyen sûr d'éviter l'erreur sera d'examiner le pli de l'aine et d'y chercher la tête du fémur. Dans la luxation congénitale, vous savez que la tête est déplacée dans la fosse iliaque; vous verrez en outre le dandinement particulier au sujet atteint de luxation double, qui prend successivement son point d'appui sur un côté du corps, puis sur l'autre, en rejetant le tronc en arrière.

L'*atrophie musculaire progressive* amène quelquefois la claudication chez les adultes : elle est rare chez les enfants; elle débute, dans ce cas, par les muscles de la face, tandis que, chez l'adulte, elle attaque d'abord les muscles des éminences thénar et hypothénar.

Je citerai encore la compression des muscles à la suite d'*abcès par congestion;* après avoir reconnu que l'articulation coxo-fémorale est libre, on sent dans la fosse iliaque une tumeur arrondie et tendue : c'est l'abcès qui, passé des plans aponévrotiques, est venu jusque dans la fosse iliaque externe. Cherchez ensuite à la région lombaire, et vous trouverez une gibbosité.

Des *brides cicatricielles,* des *arrêts de développement* sont encore des causes de claudication. A la suite de rétraction musculaire produite par des maladies articulaires, on observe] l'atrophie du membre, mais celle-ci occupe plutôt la la cuisse que la jambe; au contraire, la paralysie infantile atteint la jambe, et plûtôt certains groupes de muscles que d'autres.

Je vous ai déjà dit que la « croissance » ne doit être comptée comme cause de claudication que lorsque vous aurez éliminé toutes les autres, après un examen minutieux. Il serait d'antaut plus dangereux de l'admettre que toujours les parents la mettent en avant : le médecin devra donc se tenir d'autant mieux sur ses gardes. Si l'enfant a joué beaucoup, il peut avoir des douleurs dans les genoux, et même, comme je l'ai observé, du vertige et des nausées produites par cette douleur, mais ne consentez qu'*in extremis* à admettre ce diagnostic. Il en est de la croissance comme des vers et de la dentition; beaucoup trop invoqués autrefois, ces deux derniers facteurs sont peut-être un peu trop négligés aujourd'hui. Mais, avant de dire que des accidents mal expliqués tiennent à la dentition, examinez le fond de la gorge, et vous y trouverez le plus souvent la cause des troubles que vous ne pouvez expliquer.

Notons, pour terminer, la *convalescence* des grandes maladies, qui cause une certaine boiterie passagère; et, enfin, mais seulement chez les adultes, les thromboses, les varices, les appareils longtemps appliqués, les troubles de la circulation artérielle.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SYNDICATS MÉDICAUX DE VILLE ET DE CANTON

En attendant l'exposition du projet d'organisation des syndicats du Dr Margueritte, que nous l'avons prié d'étudier pour les lecteurs du *Concours Médical*, nous recevons une lettre du docteur C... de N... C... qui contient le document suivant : celui-ci fait ressortir les avantageux résultats obtenus par l'espèce de syndicat organisé, pour un but restreint, par les médecins de C... département de l'A...

LES MÉDECINS DE C., DÉPARTEMENT DE L'A..., AUX PHARMACIENS DE CETTE VILLE

« *MM. les médecins soussignés ont l'honneur de porter à votre connaissance les résolutions qu'ils ont prises. — Considérant :*

« *Que depuis de nombreuses années, les pharmaciens de C... se livrent à l'exercice illégal de la médecine ; qu'ils ne se bornent pas à donner de simples avis ou conseils aux malades, mais entreprennent des traitements en règle, dans lesquels ils ne redoutent pas d'employer des médicaments les plus actifs, parfois même les plus dangereux ; — qu'il a été constaté des accidents survenus chez des malades, à la suite de traitements ordonnés par les pharmaciens ; — qu'il importe de mettre un terme à des pratiques scandaleuses, aussi nuisibles à la santé, que préjudiciables à la bourse des malades, — ont décidé, que le fait d'avoir donné des conseils ou délivré des médicaments, sans ordonnance de médecin, serait dénoncé aux tribunaux; qu'en un mot, les médecins de la ville feraient strictement exécuter la loi. (Art. 32, loi du 21 germ., an XI.)*

« *Qu'à l'avenir une surveillance active et incessante des pharmacies serait faite par tous les moyens au pouvoir des médecins. — Pour atteindre le but qu'ils se proposent, les médecins soussignés et leurs confrères des environs, ont décidé de se réunir une fois par mois pour se donner communication des faits qu'ils auraient constatés et adresser une plainte collective à qui de droit.*

« *Ils espèrent que MM. les pharmaciens prendront en sérieuse considération les observations qui précèdent, les soussignés d'ailleurs, étant désireux d'avoir avec eux les relations que les professions respectives imposent à chacun. —*

(Suivent les signatures).

Notre confrère nous affirme que cette mesure prise de concert produisit le plus favorable effet et que plusieurs mois après, les pharmaciens de C. étaient encore sous l'impression de l'acte des médecins syndiqués de la ville et des environs, et étaient toujours disposés à observer une prudente réserve.

M. le Dr C. entre ensuite dans des considérations très-pratiques. Il exprime des vœux qui, sans doute, le feront entrer volontiers dans les vues du Dr Margueritte.

Nous comprenons que les syndicats régionaux seraient à même d'étudier avec fruit : 1o Les relations avec les *Sociétés de secours mutuels* de la localité ; 2o L'organisation des *bureaux de bienfaisance* ; 3o La *médecine cantonale* ; 4o Le service médical des *hôpitaux et hospices* du lieu ; 5o La rétribution des *médecins vaccinateurs* et des *médecins inspecteurs* des nourrices. 6o Les poursuites à exercer contre l'*exercice illégal* sous toutes ses formes ; 7o L'uniformité du mode de procéder en fait d'honoraires et le taux de ceux-ci; 8o Les rapports entre confrères et notamment la question de la répartition avantageuse du territoire à desservir en commun. Il est évident, en effet, que ceci serait le moyen d'éviter, à la campagne, les déplacements infructueux, tout en respectant le libre choix du malade. Ce choix ne serait limité que par le prix des visites.

Voilà quelques-unes des questions si nombreuses qui pourraient être abordées avec chance de conclusion pratique sur ce terrain restreint d'une ville, d'un canton, d'une région de configuration, de richesse, de coutumes généralement uniformes.

Après les avantages de ces syndicats, il faut aussi en envisager les difficultés : Difficulté de l'initiative à prendre dans un canton desservi par dix à douze médecins, docteurs en médecine ou officiers de santé. — On devra, dans l'appel à faire, laisser de côté toute question de différences de titres, d'opinions, de rivalités antérieures. — La majorité de signatures obtenue, on devra se réunir, à tout le moins une fois par trimestre; ce qui est facile vu le rapprochement. — On élira le ou les syndics, — on déterminera la petite cotisation annuelle nécessaire pour subvenir aux frais, etc...

La difficulté principale que nous entrevoyons résidera dans le petit nombre des membres du syndicat.

Nous nous proposons de revenir dans un prochain n° sur ces questions qui nous semblent de nature à intéresser les lecteurs du *Concours Médical*.

MÉDECINE CLINIQUE

DE LA FOLIE PUERPÉRALE (1)

Voici les conclusions d'un très-bon travail publié sur ce sujet par M. le Dr Garcia.

1. La folie puerpérale reconnaît pour principale cause l'hérédité, l'état puerpéral n'agissant que comme condition déterminante.

2. La folie puerpérale en dehors de l'hérédité peut se développer sous l'influence des causes débilitantes prolongées, soit d'ordre moral, soit d'ordre physique (abandon, chagrin, misère, excès de travail). Elle peut être aussi la conséquence d'un accident de la grossesse ou de l'accouchement (avortement, éclampsie, hémorrhagie).

3. Le délire de la folie puerpérale n'offre pas de caractère spécial, l'état maniaque et l'état mélancolique ressemblent à la manie et à la mélancolie ordinaires; toutefois on peut observer des troubles hallucinatoires de nature pénible analogues à ceux de l'alcoolisme.

4. Dans quelques cas de folie puerpérale, il est survenu de l'inégalité pupillaire avec ou sans idées ambitieuses. N'y aurait-il pas lieu d'établir une relation entre ces phénomènes et les phénomènes congestifs accessoires développés dans le cours de la paralysie générale ?

5. Le pronostic de la folie puerpérale emprunte son caractère de gravité aux conditions héréditaires, non seulement au point de vue de la durée plus longue de l'accès, quelquefois de sa tendance à la chronicité, mais aussi au point de vue des rechutes.

6. Le traitement, sauf des cas exceptionnels, doit être essentiellement tonique.

EMPOISONNEMENT PAR LE LAUDANUM.

— M. le Roy de Méricourt présente, au nom de MM. les docteurs Nicolas et Demouy, une observation intitulée : *Empoisonnement par le laudanum de Sydenham chez un enfant de trois semaines; emploi de la respiration artificielle par la manœuvre des bras; guérison.*

Il s'agit d'une petite fille de trois semaines, à laquelle on avait administré par mégarde une cuillerée à verre d'eau (au moins 5 gr.) de laudanum de Sydenham, en place de sirop de chicorée.

(1) Librairie Octave Doin. 1 broch. in-8°.

L'ingestion du laudanum avait eu lieu à neuf heures du matin. Le médicament avait été prescrit pour une simple constipation. L'enfant était vigoureux, bien portant; les voies respiratoires étaient entièrement libres.

M. Nicolas avait prescrit de l'émétique en un paquet de 10 centigrammes, se réservant d'en administrer une faible dose, moins dans l'espoir de déterminer des vomissements que pour donner satisfaction à l'entourage. Malheureusement, les 10 centigrammes furent administrés en totalité avant l'arrivée du médecin, par la personne affolée qui était venue le prévenir.

M. Nicolas, en arrivant, administra lui-même environ 60 gr. de décoction de noix de galle et du café en abondance, et il attendit.

Les premiers accidents se manifestèrent vers onze heures, c'est-à-dire deux heures après l'ingestion des prises. Ils consistèrent d'abord en un peu de somnolence et des nausées accompagnées de convulsions toniques, à la suite desquelles l'enfant tombait dans un état de prostration ou plutôt d'inertie complète, et ils ont gardé cette physionomie pendant toute la durée de la première phase de l'empoisonnement, c'est-à-dire jusqu'à sept heures du soir.

Dès les premières heures, la simple injection d'un liquide provoquait le retour des accidents, qui devinrent de plus en plus fréquents et de plus en plus graves pendant cette première journée. Le cœur même cessait de battre pendant l'état syncopal plus ou moins prolongé qui succédait aux crise de convulsions. Il n'y eut, d'ailleurs, ni vomissements pendant toute leur durée, ni selles, ni émission d'urine pendant les douze premières heures. MM. Nicolas et Demouy se sont succédé auprès de la petite malade pendant quarante-huit heures. Quand survenaient les crises, l'enfant était tenue entre les genoux, et l'on provoquait la respiration artificielle, soit par la manœuvre des bras, soit par la compression ou plutôt la malaxation de la poitrine suivant différents diamètres, soit par simple succussion. A vingt reprises, ils ont vu la petite malade passer par des alternatives de mort et de résurrection véritable.

A sept heures du soir, la somnolence paraissait diminuer, l'enfant ouvrit les yeux et eut un semblant de regard. Le lendemain se déclarait une réaction assez vive. L'enfant, jusqu'alors pâle, devenait vultueuse; le pouls marquait 180 pulsations.

Vers quatre heures, le second jour, on put, en humectant les lèvres avec un peu d'eau-de-vie, déterminer quelques mouvements qui parurent un retour de vigueur; peu après, on parvint à introduire un peu de lait additionné d'une goutte ou deux de vin de Madère ou d'eau-de-vie. Cette médication fut continuée à intervalles de plus en plus rapprochés jusqu'à une heure du matin. A ce moment l'enfant, suffisamment ranimée, put prendre le sein. Le rétablissement s'accentua pendant la troisième journée. Le quatrième jour, le retour à la santé était complet.

M. Lancereaux, à l'occasion de cette communication, dit qu'il a pratiqué la respiration artificielle dans un cas très-grave d'empoisonnement par le chloroforme ; il croit pouvoir attribuer le salut du malade à l'emploi de ce moyen.

(*Bulletin de l'Académie de médecine.*)

TRAITEMENT DE LA CONGESTION HÉMORRHOÏDAIRE.

— Dans les cas de congestion hémorrhoïdaire, M. Vidal considère comme le meilleur médicament à employer le capsicum annuum. Il prescrit :

Extrait de capsicum annuum. . . 0,20 centigrammes pour une pilule.

Quatre ou cinq de ces pilules chaque jour, moitié au repas du matin, moitié au repas du soir. Le malade prend donc par jour, 0,80 centigrammes à 1 gramme d'extrait. Sous cette influence, la congestion et tous les phénomènes pénibles qui l'accompagnent disparaissent rapidement.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

VALEUR ALIMENTAIRE DU BOUILLON

Dans nos articles sur les lavements alimentaires, écrit le Dr J. Michel, nous avons insisté sur les résultats utiles qu'on obtient en faisant usage du bouillon; nous avons cherché, en effet, à montrer que si le bouillon employé en lavements ne nourrit pas, il agit comme excitant de l'estomac et soulage momentanément le malade. Nous croyons utile d'ajouter quelques mots pour achever de déterminer, dans un but pratique, la valeur alimentaire de cette substance.

Il est admis aujourd'hui par la plupart des physiologistes et des praticiens que le bouillon, tout en présentant des indications précises en thérapeutique, n'est pas à lui seul un aliment suffisant pour entretenir la vie : nous n'avons qu'à rappeler les expériences de Schiff, de Carville et Rochefontaine (Société de biologie), et celles plus récentes de M. Catillon (Société de thérapeutique), expériences toutes démonstratives, sans avoir besoin d'insister davantage sur ce sujet.

Mais si, à lui seul, le bouillon ne peut être considéré comme un aliment complet, il n'en est pas moins certain qu'il peut rendre et qu'il rend des services réels, précisément à cause de la propriété qu'il possède à un haut degré, presque exclusivement même, d'exciter la sécrétion du suc gastrique et d'être par excellence une substance peptogène. Schiff a démontré en effet que si, après un repas excessif, la pepsine faisant défaut à une période avancée de la digestion, période pendant laquelle l'estomac contient encore des aliments solides non encore transformés, on fait ingérer du bouillon, la muquense stomacale sécrète de nouveau du suc gastrique, les troubles digestifs s'amendent peu à peu et la digestion s'achève.

Or comment le bouillon agit-il ?

1° Comme condiment d'une odeur et d'une saveur agréables : l'odeur seule suffit pour déterminer une excitation spéciale et une production plus ou moins abondante de salive.

2° Par une action peptogène, action complexe, difficile à expliquer, mais facile à démontrer par l'expérimentation. Sous l'influence du bouillon, introduit soit par la bouche, soit par le rectum, il se produit rapidement une sécrétion abondante de suc gastrique; sécrétion qui, une fois tarie, peut être renouvelée assez facilement par l'ingestion d'une seconde tasse de bouillon.

3° Par certains principes stimulants, les sels de potasse et en particulier le phosphate acide de potasse, qui fournit au bouillon sa réaction acide; par la créatinine, la créatine des muscles s'étant en grande partie transformée en créatinine par l'ébullition avec fixation de deux équivalents d'eau, « résultat de la décomposition désassimilatrice des substances organiques du tissu musculaire » (Robin); par la sarcine, l'acide inosique ou mieux l'inosate de potasse, l'acide lactique et les sels minéraux. — Les diverses substances que nous vecons de citer sont toutes des substances stimulantes, mais à des modes différents; ainsi l'action stimulante des sels de potasse s'exercerait principalement sur le cœur (Kemmerich, Pluger's, *Archiv. f. physiolog.*, I et II); tandis que la créatinine diminuerait l'activité musculaire, mais exciterait les nerfs périphériques (Ranke, *Tetanus*, p. 364). En tous cas il est difficile de préciser davantage l'action spéciale de chacun de ces sels, et Bogosslawsky nous paraît avoir raison de ne pas être aussi affirmatif que les deux observateurs que nous venons de citer, et de dire simplement que l'action stimulante du bouillon dépend autant de la créatinine que des sels de potasse (*Archiv f. Anat. med. pathol.*, von du Bois-Reymond, Reichert, 1872).

4° Par les matières extractives, qui peuvent utilement remplacer dans les éléments anatomiques de l'individu en inanition les produits de désassimilation qu'il perd incessamment. Ce n'est pas là une action récrémentitielle à proprement parler, mais bien un moyen d'atténuer le trouble que produit dans l'élément un état de vacuité exagéré.

5° Par des sels minéraux, phosphates, sels de potasse et de magnésie, sulfates et chlorures à base de potasse et de soude, qui peuvent être considérés comme des aliments minéraux, puisqu'ils peuvent et qu'ils doivent entrer dans la constitution des éléments anatomiques; par certains sels de soude et particulièrement par le chlorure de sodium, indispensable au fonctionnement de l'organisme comme agent médiateur dans les actes de la diffusion, et secondairement dans la nutrition, ainsi que l'a démontré le professeur Bouchard dans ses savantes leçons sur les urines (*Gazette hebdom.*, 1873). Ajoutons que le chlorure de sodium est indispensable pour l'élaboration de l'acide chlorhydrique par les glandes de l'estomac, et que, sans chlorure de sodium, le suc gastrique manquerait d'un des éléments les plus indispensables à la propriété qu'il possède d'agir comme substance digestive. Le suc gastrique, en effet, en renferme une proportion relativement très-grande, en la comparant aux autres substances qui y sont contenues (chlorures de sodium, d'ammonium, de magnésium, etc.).

6° Par la gélatine, contenue principalement dans les os qui ont servi à faire le bouillon. Si la gélatine n'est pas un aliment plastique, elle doit être considérée assurément comme un aliment respiratoire et fournissant un combustible aux oxydations : elle peut ainsi épargner une quantité correspondante de la matière vivante employée comme aliment respiratoire; mais comme le dit M. le professeur Robin :

« Il est reconnu que les substances organiques qui se décomposent en gélatine par la coction sont alibiles, c'est-à-dire assimilables; mais la gélatine ingérée qui est absorbée se retrouve dans les urines, où elle arrive de toutes pièces sans avoir servi à la nutrition, sans avoir été assimilée. » En un mot, contrairement à l'opinion de Darcet, l'introduction de la gélatine dans le bouillon ne peut donner à celui-ci des propriétés nutritives.

7° Par les petites quantités d'albuminose qu'il contient et même par de petites quantités d'albumine restées en solution grâce à la réaction légèrement alcaline du bouillon : ces deux corps rentrent en effet dans la classe des aliments plastiques.

8° Par les acides végétaux fournis par les légumes.

En résumé, le bouillon est utile, d'abord parce qu'il est agréable, et ensuite parce que, grâce à son action peptogène, il provoque la sécrétion du suc gastrique et facilite ainsi le travail de la digestion; mais il n'est pas possible de le considérer comme un aliment. Le bouillon, en effet, est un aliment absolument insuffisant; il n'est qu'un simple auxiliaire de l'alimentation, du moins tel qu'on est accoutumé de le faire ordinairement. Pour lui donner une valeur nutritive réelle, il suffirait simplement d'y ajouter des peptones, ou mieux encore de faire cuire la viande avec les légumes et les condiments ordinaires dans la marmite de Papin,

à une température de 440 degrés; à cette condition seulement le bouillon pourra présenter une action nutritive réelle. Son utilité n'en est pas moins des plus grandes, non-seulement dans l'hygiène ordinaire de la vie, mais dans le cours des maladies de longue durée, en déterminant une sensation de bien-être et d'excitation précieuse pour le malade; et sans partager le lyrisme de Bunge, qui s'écrie dans un langage imagé : « Au point de vue médical, le bouillon est comme une fleur parfumée, une madone de Raphaël, une symphonie de Beethoven. » (*Plüger arch. f. Phys.*, t. IV. 1871), disons simplement que, même privé des qualités d'aliment qu'on lui a si longtemps accordées, son rôle assez grand, en physiologie comme en thérapeutique, pour consoler ses partisans convaincus qui ne peuvent se faire à l'idée que le bouillon ne nourrit pas. (*Gaz. hebd.*).

BIBLIOGRAPHIE

Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie, par le Dr Legrand du Saule, médecin de la Salpêtrière, etc. (1).

Les aliénés ne ressemblent pas aux autres malades qui ne réclament les secours de la médecine que pendant leur vie, car, après leur mort, ils nécessitent encore très-souvent l'intervention de l'homme de l'art. Ce cas se présente chaque fois qu'il s'agit de décider si les dernières volontés d'un mourant qui, pendant sa vie, a manifesté, à un degré, plus ou moins prononcé, les symptômes de la folie, ont été écrites pendant qu'il était en parfaite possession de lui-même, ou pendant que son intelligence était obscurcie par son affection mentale.

C'est cette étude que M. Legrand du Saule, dont les recherches ont déjà tant contribué aux progrès de la médecine légale, vient d'entreprendre en partant de cette idée fondamentale : « Que le testateur commande en maître et soit obéi, s'il a dressé un acte intelligent et libre; que sa volonté au contraire soit annulée après sérieux examen, si sa raison n'a point été entière, au moment où il a arrêté la distribution de ses biens. »

Ce livre qui a été rédigé principalement pour les médecins n'en sera pas moins consulté avec fruit par les magistrats qui ont à décider en dernier ressort de ces questions souvent compliquées et toujours très-difficiles, et par les avocats qui ont à défendre les intérêts des héritiers légitimes qui se croient lésés ou ceux des légataires qui prétendent profiter de dispositions qui leur sont favorables. Nous ne pouvons pas entrer ici dans le détail de ces questions multiples et variées que comportent le testament, la faculté de tester, les progrès de l'âge, la vieillesse et la sénilité, la dernière maladie et l'état mental des mourants, le suicide, l'ivresse, l'apoplexie et toutes les sortes d'aliénation, manie, mélancolie, monomanie, délire des persécutions, démence, paralysie générale, etc. Chacune d'elles forme l'objet d'autant de chapitres intéressants qu'on lira avec d'autant plus de plaisir que l'auteur les a parsemés de nombreuses observations où le médecin-légiste trouvera souvent des cas analogues à celui qui le préoccupe.

Le volume se termine par un appendice fort curieux, dans lequel M. Legrand du Saule nous donne le résultat de ses *Recherches sur la capacité civile en Italie, au* XVIIe *siècle*. C'est le résumé du *De quæstionibus medico-legalibus* de Paul Zacchias, médecin du pape Innocent X, et qui fut surnommé par ses compatriotes le *Mercure des jurisconsultes* et l'*Hermès italien*. En même temps, et comme complément, nous trouvons les *Conseils* et *Décisions* de la *Rote romaine*, « qui nous paraissent encore aujourd'hui animés d'un remarquable esprit de sagesse. »

(1) Un volume in-8o de 624 pages. Librairie A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine : Prix 9 fr.

CHRONIQUE

LA RÉVISION DU CODEX

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 5 février 1880.

Monsieur le Président,

La loi du 21 germinal an XI prescrit (article 38) la rédaction d'un *Codex* ou formulaire officiel des préparations médicinales et pharmaceutiques que les médecins doivent trouver, toujours identiques, dans toutes les pharmacies du territoire. Ce formulaire ne peut être publié qu'avec la sanction du Gouvernement et d'après ses ordres.

Une publication de cette nature est essentiellement progressive; l'étude incessante des propriétés thérapeutiques des diverses substances simples ou composées, les recherches des naturalistes et les travaux des chimistes fournissent tous les jours de nouveaux agents ou permettent de perfectionner les préparations déjà connues : de là, la nécessité de réviser cet ouvrage à des époques déterminées.

La première edition du *Codex medicamentarius*, publié en exécution de la loi de germinal, remonte à 1818; la seconde ne parut qu'en 1837; la dernière date de 1867.

Les intervalles trop considérables qui ont séparé ces publications ont eu des résultats fâcheux, bien qu'un décret du 3 mai 1850 ait autorisé les pharmaciens à vendre librement, en attendant que la recette en fût insérée dans une nouvelle édition du Codex, les médicaments nouveaux reconnus utiles par l'Académie de médecine et dont les formules auraient été publiées dans le Bulletin de cette Société savante.

Aujourd'hui, la révision du Codex est réclamée avec instance par le Corps médical. Depuis quelques années, en effet, la thérapeutique est étudiée avec une ardeur remarquable dans les services hospitaliers et dans les laboratoires. Ces travaux ont fourni à la pratique de précieux médicaments et de nouvelles préparations pharmaceutiques qui attendent une consécration légale.

En conséquence, nous vous proposons, Monsieur le Président, de vouloir bien autoriser la formation d'une commission qui serait chargée de réviser la dernière édition du Codex.

La loi de germinal an XI exige que cette commission soit composée de professeurs de la Faculté de médecine et de professeurs de l'École de pharmacie; mais, à la suite du rapport adressé au roi en 1836, il fut décidé que, pour augmenter les garanties de savoir et d'autorité, les professeurs appelés à faire partie de cette commission seraient choisis parmi les membres de l'Académie de médecine. Cette disposition particulière, adoptée et maintenue pour la commission de 1861, serait appliquée à la commission nouvelle. Mais nous avons pensé que cette disposition était trop restrictive et qu'en s'y conformant rigoureusement, on s'exposerait à se priver des lumières

de savants d'une autorité considérable. Nous vous proposons, en conséquence, de ne pas limiter les choix des membres de la commission aux seuls professeurs appartenant à l'Académie de médecine. La commission de 1861 avait, en outre, été complétée par l'adjonction, avec voix consultative, d'un certain nombre de membres de la Société de pharmacie. Nous vous proposons également, Monsieur le Président, de maintenir cette disposition particulière : le Corps des pharmaciens de France recevra ainsi toutes les satisfactions désirables.

La publication du nouveau Codex n'entraînera aucune dépense imputable sur les fonds de l'État; les frais divers de rédaction et d'édition sont mis à la charge de l'éditeur adjudicataire.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Jules Ferry.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,
P. Tirard.

Approuvé : Jules Grévy.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu l'article 38 de la loi du 21 germinal an XI;
Vu le rapport appouvé par le Président de la République, le 5 février 1880,
Arrête :

Art. 1er. — Une commission spéciale est formée près le ministère de l'instruction publique à l'effet de procéder immédiatement à la révision du *Codex medicamentarius* ou *Pharmacopée française*, publié en 1867 par le gouvernement, et pour préparer une nouvelle édition de cet ouvrage.

Art. 2. — Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

MM. Gavarret, inspecteur général pour l'ordre de la médecine, président;

Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, vice-président.

Délégués du ministre : MM. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur; — de Beauchamp, chef du premier bureau de la direction de l'enseignement supérieur, secrétaire.

Membres ordinaires : MM. Baillon, Bouchardat, Hayem, Regnauld, Sée (Germain), Vulpian, doyen, Wurtz, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

MM. Baudrimont, Bouis, Bourgoin, A. Milne-Edwards, Planchon, Riche, professeurs à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Membres adjoints, avec voix consultative : MM. Blondeau, Durozier, Jungfleisch, Marty, Schaenffile, Pierre Vigier, membres de la Société de pharmacie.

Fait à Paris, le 17 février 1880.

Jules Ferry.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr R., à C. (Seine), 17 fév.
Les termes de l'assurance-vie, pour les membres du *Concours Médical,* ne sont pas encore fixés. On étudie des projets à notre intention. Nous en publierons les éléments bientôt. Veuillez réserver votre décision à ce sujet, pour l'époque où une détermination sera prise. — Nous regrettons de ne pas vous avoir rencontré.

— Dr J., Paris, 18 fév.
Vous êtes inscrit, selon le désir de votre confrère.

— Dr Q., 819, 14 févr.
Envoyé les nos. — Réclamation transmise à la Maison A. et W.

— Dr M., à S. (Basses-Alpes), 13 févr.
Nous vous serions obligés de transmettre nos remerciements au docteur C. de N., qui nous a procuré votre concours. Nous vous rappellerons votre promesse de collaboration. Vous recevrez au premier jour une lettre qui rectifiera une erreur de notre dernière.

— Dr B., 164, 18 févr.
Nous vous avons envoyé les nos réclamés. Cette information vous est donnée, à cause des infidélités de la poste. Vous pourriez, s'il y avait lieu, réclamer en toute sécurité.

— Dr Vri? à N. (Charente), 18 févr.
Nous serons heureux de vous inscrire au nom du Dr de F. Mais votre signature n'est pas assez lisible pour que nous soyons assurés que ce n° vous parviendra. Prière de nous la faire parvenir de nouveau.

— Dr P., à B. (Haute-Loire), 18 févr.
Oui, les considérations sur l'emploi pratique de l'hydrothérapie sans appareils, de l'eau froide dans ses diverses application, peuvent être très-intéressantes venant d'une personne autorisée comme vous l'êtes. Nous serions heureux que les spécialistes vinssent exposer dans le *Concours Médical,* la partie de leur pratique qui est accessible à tous les praticiens. Vous nous promettez de donner cet exemple : Ce sera tout profit pour nos lecteurs. Nous sommes très-sensibles à votre invitation et désirerions vivement que quelques loisirs, peu probables, nous permissent d'accepter votre hospitalité. Merci, dans tous les cas.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 10 — 6 mars 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'Académie de Médecine a élu dans la section d'accouchements, M. le Dr Guéniot, par 54 suffrages sur 65 votants. M. Guéniot est agrégé de la faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, et membre de la Société de chirurgie. Il est l'auteur de nombreux et importants travaux en obstétrique qui dès longtemps l'avaient désigné aux suffrages de l'Académie.

Nous félicitons et l'Académie et l'élu.

REVUE GÉNÉRALE

DES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS ET DE LEUR TRAITEMENT

Le mot *convulsion,* dit M. Bouchut, s'applique généralement à tous les mouvements involontaires, désordonnés que l'on observe dans le système des muscles de la vie de relation. Il sert à désigner des affections fort différentes, mais identiques par leur manifestation qui est l'état convulsif. Aussi la chorée, l'épilepsie, la contracture, sont des *maladies convulsives;* mais ce n'est pas là ce qu'on appelle, chez les enfants, des *convulsions.*

Les convulsions chez l'enfant ont une fréquence très-grande. Elles se montrent dans le cours de presque toutes les maladies cérébrales: telles que la phlébite des sinus de la dure-mère; la thrombose des sinus; l'épanchement séreux des ventricules cérébraux, de la pie-mère ou de la substance du cerveau, dans l'œdème cérébral qui accompagne l'hydrocéphalie aiguë et chronique; l'anasarque porté à un très-haut degré dans l'albuminurie ou dans les maladies du cœur; les embolies artérielles suites d'endocardide; l'épanchement sanguin des méninges encéphaliques ou rachidiennes dans l'hémorrhagie cérébrale ou méningée; la phlegmasie de la moelle et du cerveau dans l'encéphalite; les maladies aiguës des méninges telles que la méningite; enfin les helminthes et les productions accidentelles granuleuses, tuberculeuses, fibro-plastiques, dioelappécs dans les différentes parties du cerveau.

Mais il y a encore chez l'enfant apparition de convulsions qui ne peuvent être considérées comme symptomatiques et qu'on range sous la dénomination d'*éclampsie* ou d'*épilepsie puérile.*

La fréquence des convulsions chez l'enfant ne doit pas étonner le praticien. Il faut bien se rendre compte, en effet, que les convulsions de l'enfance répondent au délire de l'adulte.

Chez le nouveau-né il y a un développement relativement considérable du système nerveux. Aussi le cerveau de l'enfant double de poids dans les deux premières années de la vie. La circulation y est par conséquent fort active. De plus la boîte crânienne n'offre pas de limites aussi précises que chez l'adulte. Les fontanelles, et les sutures non ossifiées, d'une part, la mollesse beaucoup plus grande du parenchyme cérébral d'autre part, laissent au liquide sanguin la possibilité de distendre le vaisseau et ces conditions anatomiques font comprendre les brusques variations de l'irrigation cérébrale. Aussi les troubles de la circulation ont-ils une action absolument directe sur le cerveau de l'enfant et se traduisent souvent par des convulsions.

A ce développement du cerveau, il faut ajouter une autre considération, c'est la prédominance du système spinal, sur le système cérébral chez l'enfant nouveau-né. L'excitabilité de la cervelle est telle que la moindre excitation est de nature à amener un reflexe et des convulsions. Ainsi une épingle, ainsi une indigestion, ainsi des vers intestinaux. Ce qui prouve bien l'influence de la moelle sur la production des convulsions est le fait suivant : Nous disions que le cerveau de l'enfant, dans les deux première années de la vie, augmentait de près du double. Or, à la naissance, alors qu'il est imparfaitement développé, alors que ses fonctions sont réduites au minimum, les convulsions sont alors si fréquentes qu'on leur attribue 73,3 pour 100 des cas de mort que les affections du systèmes nerveux causent dans la première année. Dans les deux années suivantes le poids du cerveau alors que celui-ci a atteint un développement double de ce qu'il était à la naissance, la mortalité par convulsion tombe juste au tiers de ce qu'elle était la première année. Le cerveau acquiert peu à peu son développement normal, ses fonctions prennent de plus en plus d'importance et les convulsions deviennent aussi de moins en moins fréquentes et, selon] West, la mortalité n'est plus que de 3 pour cent de 10 15 à ans, et de 1 pour cent au-dessus de quinze ans.

Le fait à retenir c'est donc surtout le défaut d'équilibre entre les fonctions cérébrales et les fonctions spinales.

D'après ce qui précède on comprendra facilement qu'il y ait à distinguer dans les convulsions de l'enfance, celles qui sont la conséquence d'une maladie grave du système nerveux ou d'une grande phlegmasie, c'est-à-dire les convulsions symptomatiques, et les convulsions, dites éclampsie, dites essentielles, qui ont pour origine une excitation du système spinal. On comprendra facilement que le pronostic offrira dans les deux cas une parité bien différente. Aussi le médecin appelé auprès d'un enfant atteint de convulsion, aura-t-il à chercher le point de départ de l'irritation qui a amené ces phénomènes réflexes.

Dans une leçon clinique, M. Archambault attirait l'attention sur les convulsions causées par les vésicatoires. Un simple cataplasme mis sur la plaie suffisait dans ces cas à calmer la source de l'irritation spinale.

Chez l'enfant, dit West, le début de la fièvre qui s'accuse chez l'adulte par du frisson, se marquera par des convulsions. Elles peuvent être provoquées encore par la constipation, par la présence de vers intestinaux, par un calcul dans les voies urinaires, par la pression qu'exercent les dents sur les gencives gonflées.

Si les accès surviennent à la fin de quelque maladie sérieuse, *convulsions terminales*, ils sont l'indice très-probable que quelque cause de mort exerce son action sur les autres de la vie; s'ils se montrent pendant le cours d'une quinte de toux, ils doivent être rapportés à une congestion cérébrale résultant du trouble qui suspend la circulation pulmonaire; si, 'attaque frappe un enfant au milieu de la santé apparente, elle indique très-probablement une surcharge de l'estomac, de l'ingestion de quelque aliment indigeste; ou bien si rien de semblable ne peut être admis, l'apparition prochaine d'une des fièvres éruptives ou des angines et plus probablement de la variole et de la scarlatine. Ce sont, dit Bouchut, des *convulsions initiales*. Je les ai observées dans ces cas, ajoute-il, sans qu'il y ait de lésion dans l'axe céré bro-spinal.

Les convulsions apparaissent encore dans le cours des maladies respiratoires; pendant la coqueluche, dans l'invasion de la pneumonie.

Au point de vue du pronostic, M. Bouchut établit la règle suivante : les *convulsions initiales d'une maladie fébrile n'ont rien de sérieux et sont toujours sympathiques, tandis que les convulsions terminales sont toujours très-graves, et symptomatiques d'une lésion encéphalique soit du cerveau, soit des sinus et des veines méningées.*

L'éclampsie infantile est-elle héréditaire? La question a été fort controversée. Cependant Baumès et quelques auteurs ont rapporté des faits à l'appui de cette opinion, et M. Bouchut a cité l'exemple d'une famille composée de dix personnes qui eurent toutes des convulsions dans leur enfance. Une d'elle se marie à son tour, et sur dix enfants qu'elle a, tous à l'exception d'un, eurent des convulsions. Six d'entre eux sont morts.

Il est parfois difficile en présence d'un enfant nouveau-né, atteint de convulsions, d'en déterminer la cause. On devra s'enquérir avec soin de la santé antérieure de l'enfant, il faut s'informer si les parents ont remarqué des vers dans la garde-robe, on examinera l'état de l'appareil dentaire. On se rappellera aussi les épingles malaises, signalées avec tant de raison par Trousseau. Les maladies cérébrales débutent très-rarement par des convulsions. Il y a eu généralement quelques phénomènes précurseurs, quelques indices. Dans les cas d'apoplexie, de congestion cérébrale intense, de méningite aiguë, les convulsions surviennent de bonne heure; mais, on trouvera qu'elles ont été précédées de vomissements, de somnolence, ou de violents maux de tête. En outre, dans les maladies cérébrales, l'attaque convulsive est suivie de coma ou de tout autre symptôme cérébral qui ne laissera aucun doute au praticien sur la cause centrale de la maladie.

On sait combien la méningite tuberculeuse a une marche insidieuse. On se rappellera les alternatives diverses de cette maladie. La plupart du temps l'attaque convulsive affectera un seul côté du corps, ou du moins elle sera plus marquée d'un côté.

Le traitement de l'éclampsie de l'enfance doit être dirigé avec la plus grande prudence. Il y a un certain nombre de petits détails qui paraissent utiles et bons aux parents, mais dont l'importance est capitale.

On peut les résumer ainsi : *Tenir l'enfant au repos; la chambre fraîche et appliquer du froid sur la tête.* Combien de fois, dit excellemment M. Bouchut, ces accidents n'ont-ils pas disparu à la suite du transport du malade dans un appartement moins échauffé que

celui où il se trouvait ! combien après la cessation de la gêne produite par des linges trop serrés ! combien, enfin, après la disparition de la douleur occasionnée par une épingle placée de manière à entamer la peau !

On a recours d'abord aux purgatifs, car la constipation est fréquente au début de la maladie. On peut avoir recours au calomel à la dose de 10 à 15 centigrammes ; la manne dissoute dans du lait, 8 à 15 grammes pour 60 grammes de liquide ; l'huile de ricin à la dose de 10 à 15 grammes doivent d'abord être employés. On peut hâter encore l'action de ces médicaments par un lavement purgatif.

Sulfate de soude	10	grammes
Follicules de sené	8	—
Eau	150	—
Miel de mercuriale	30	—

M. J. Simon conseille ensuite l'emploi d'un vomitif, mais *lorsque seulement la convulsion est passée*

Quand la congestion encéphalique est nettement caractérisée, il pourra être utile d'avoir recours aux émissions sanguines.

On observe alors une température plus élevée de la tête que des autres parties du corps, la fontanelle est tendue et fortement soulevée par des battements, les pulsations des carotides sont visibles, les pupilles sont très-contractées et la lumière mal supportée.

On peut appliquer alors des sangsues. Voici la règle tracée par West à cet égard : On peut calculer, dit-il, qu'une bonne sangsue tire 8 grammes de sang ; et l'application d'une sangsue pour chaque trois mois d'âge, en admettant qu'on ne permette pas l'écoulement du sang après que la sangsue est tombée, me semble constituer une règle capable devant guider sûrement quand il s'agit d'enfant du premier et du second âge. Il vaut mieux, du reste, ne pas être forcé de revenir sur l'emploi de ce moyen. — On applique les sangsues derrière l'oreille.

Si les phénomènes s'amendent, il sera bon de continuer le traitement pendant quelques jours et il faudra maintenir la liberté du ventre, soit à l'aide de calomel, soit à l'aide d'une mixture dont voici la formule (West).

Nitrate de potasse	0 gram.	75
Sulfate de magnésie	4	—
Sirop de limon	15	—
Eau distillée	32	—

M. S. A. Une cuillerée à dessert trois fois par jour pour un enfant d'un an.

Les phénomènes nerveux seront combattus à l'aide des antispasmodiques. M. Bouchut accorde une certaine confiance à l'eau de fleur d'oranger. Il conseille ensuite d'administrer le chloral.

Hydrate de chloral	1, 2, à 3	gram.
Sirop de groseilles	30 à 60	—

A prendre en une fois.

On connaît la susceptibilité de l'estomac pour le chloral, il sera donc préférable de l'administrer en lavement. Nos lecteurs se rapporteront aux formules que nous avons déjà données à ce sujet.

West conseille encore l'association du bromure de potassium à de petites doses d'aconit.

Voici sa formule :

Citrate de potasse	1 gr.	50
Bromure de potassium	0	75
Teinture d'aconit	0	05
Teinture chloroformique	1 gr.	
Sirop de mûres	20 gr.	
Eau distillée	30 grammes.	

M. S. A. — Une cuillerée à dessert toutes les quatre heures pour un enfant d'un an.

On a préconisé parfois aussi l'oxyde de zinc qui pour beaucoup de médecins est un antispasmodique efficace. Il faut, chez les enfants, le faire prendre en poudre mêlée à du sucre à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme et plus dans les 24 heures.

M. J. Simon emploie la formule suivante :

Oxyde de zinc	0 gr. 50 à 1 et 3	gr.
Sucre	0, 50 à 1	gr.

Mêlez et divisez en paquets de 25 centigrammes. Pour deux à six prises dans les vingt-quatre heures.

Le bromure de potassium peut même être présent à titre de préventif.

Eau de tilleul ou de fleur d'oranger	120 gr.
Bromure de potassium	2
Eau de laurier-cerise	15 gr.
Ether	2 à 3 goutt.

On donne le quart de cette potion par jour, et on la suspend enfin quatre ou cinq jours.

Si les convulsions durent et que l'on soit au deuxième jour, M. J. Simon prescrit les *bains sinapisés*. Il ne faut compter sur personne pour administrer ce bain, tout le personnel de la maison a certainement disparu à ce moment. Donnez-le donc vous-même et laissez-y l'enfant jusqu'à ce que la peau soit rougie sans douleur. On répète le bain toutes les 3 ou 4 heures. Après quelques heures, si vous voulez savoir si tout est fini, demandez *si l'enfant a uriné*. Si oui, l'attaque est terminée ; si non, le traitement doit être continué tant que l'enfant n'a pas uriné, car l'attaque peut recommencer. Les malades urinent beaucoup comme à la fin d'une crise nerveuse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR (1).

Est-il possible, une fracture du col du fémur étant reconnue, de déterminer son siége en dedans ou en dehors de la capsule articulaire? Tandis que A. Cooper, Smith, Robert, Malgaigne, ont cherché à établir les signes permettant de faire ce diagnostic différentiel, d'autres auteurs, et en particulier Nélaton, ont déclaré cette distinction impossible en clinique. Cette dernière opinion est aussi celle de Follin, qui, peut-être un peu moins absolu que Nélaton, a écrit dans son *Traité de pathologie interne :* « Notre opinion se rapproche de celle de Nélaton, et nous pensons que, à part quelques cas exceptionnels, le diagnostic entre la fracture extra-capsulaire et intra-capsulaire ne repose que sur des signes douteux et essentiellement variables. »

Voici sous forme de tableau, les grands signes de fractures du col du fémur.

Fractures intra-articulaires.
Raccourcissement immédiat, nul ou peu considérable.
Possibilité de corriger la rotation en dehors.
Trochanter intact.
Plus commune chez les vieillards.

Fractures extra-articulaires.
Raccourcissement immédiat très-grand.
Impossibilité de corriger la rotation en dehors.
Aplatissement du grand trochanter.
A tout âge.

Quant aux symptômes signalés par A. Cooper, ils sont si peu importants que nous n'en parlerons pas. Nélaton les a examinés un à un, et, montrant combien ils étaient variables, a conclu qu'ils n'avaient pas grande valeur. M. Rodet, convaincu que la doctrine d'A. Cooper repose sur des bases erronées, a cherché à arriver par une autre voie au même but que le chirurgien anglais. Il a pensé que, dans les fractures du col, le siége de la lésion était en rapport intime et à peu près constant, non avec les symptômes, mais avec la cause; et il en a conçu que toute fracture produite par une chute sur le grand trochanter était extra-articulaire et que toute fracture, produite par une chute sur les pieds ou par l'action musculaire, était intra-articulaire. Quelque ingénieuse que soit cette théorie, qui ne repose d'ailleurs sur aucune donnée sérieuse, nous ne saurions l'admettre. Dans l'observation rapportée dans ce travail, la fracture intra-articulaire était consécutive à une chute sur le grand trochanter. M. Rodet en eût-il fait une fracture extra-articulaire?

Nous ne saurions trop mettre en garde contre des diagnostics faits trop vite, ou ne reposant pas sur des symptômes sérieux. Ainsi, l'âge permet quelquefois de présumer qu'on est en présence d'une fracture intra-articulaire, et cependant il y a des exceptions. Nous avons vu à l'hôpital Beaujou, en 1878, dans le service de M. Tillaux, une femme de 72 ans, ayant une fracture extra-articulaire du col du fémur du côté droit; et quiconque aurait fait le diagnostic *à priori,* en ne tenant compte que de l'âge, se serait certainement trompé. Mais, si l'on groupe avec soin les différents symptômes que présente un malade, ils forment, en se réunissant, un ensemble qui permet d'établir le diagnostic différentiel entre les fractures intra-articulaires et extra-articulaires du col du fémur.

Nous croyons qu'il faut toujours avoir présents à l'esprit les symptômes que nous avons réunis sous forme tableau, et qui, reposant sur l'anatomie pathologique, sont des signes d'une grande valeur. Loin de partager l'opinion de Nélaton et de la plupart des auteurs, nous pensons qu'il est possible de faire le diagnostic différentiel des fractures intra-articulaires, et extra-articulaires, et nous regardons la possibilité de corriger la rotation en dehors comme le symptôme pathognomonique de la fracture intra-articulaire du col du fémur. Nous avons entendu depuis plusieurs années M. Tillaux insister sur la valeur de ce symptôme que nous ne trouvons indiqué dans aucun auteur, et nous devons dire que toujours le diagnostic a été confirmé toutes les fois que l'autopsie nous a permis de le vérifier. Quelque hardies que paraissent nos conclusions, quand l'opinion adverse est soutenue par l'autorité de noms tels que ceux de Nélaton, de Follin, et de plusieurs autres, nous croyons cependant qu'elles s'appuient sur des données très-sérieuses, tirées de l'anatomie pathologique et de l'expérience, et c'est en nous rangeant derrière notre maître, M. Tillaux, sous l'inspiration duquel nous avons écrit ces quelques lignes, que nous trouvons trop absolue l'opinion des auteurs, et que nous croyons possible le diagnostic différentiel des fractures du col du fémur.

(*Union Médicale.*)

(1) Extrait d'un travail de M. Maurice Notta, fait sous l'inspiration de M. Tillaut, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Application de l'électricité au traitement des névralgies en particulier (1).

Les névralgies les plus communes sont : la sciatique, l'intercostale, la faciale et la cervico-brachiale. Les autres sont relativement rares, aussi, n'est-ce qu'à celles que nous venons d'indiquer que nous nous arrêterons.

(1) Applications de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies, par le Dr H. Desplats. Paris 1879.

Sciatique. — Si nous en croyons notre expérience, c'est la plus commune, la plus bizarre dans ses allures et la plus tenace quand elle s'est fixée. C'est aussi la plus rebelle à l'action de l'électricité. Nous avons actuellement dans nos salles trois malades, dont deux y sont depuis plusieurs mois, chez lesquels l'électricité, sous toutes ses formes, a été absolument impuissante, ou plutôt n'a amené qu'un soulagement passager. Il est vrai que toutes les autres médications ont été aussi iuefficaces.

La fréquence des insuccès nous fait, depuis longtemps, chercher un signe permettant de dire quels sont les cas auxquels l'électricité convient et quels sont ceux pour lesquels elle est inutile. Jusqu'ici nous ne pouvons proposer aucune solution; entre nos mains, les sciatiques les plus récentes se sont montrées rebelles, tandis que de très-anciennes ont été rapidement guéries. Il y a toutefois une donnée qui, dès les premières séances, fait prévoir le succès : c'est lorsque, pendant les heures qui suivent, le malade se trouve soulagé, surtout si, à mesure que les séances se multiplient, la durée des périodes de repos s'accroît.

Nous attachons une plus grande importance à la durée de la sédation et à son accroissement après chaque séance, qu'à la sédation elle-même, parce que nous l'avons vue presque toujours accusée par les malades dès les premiers jours d'électrisation. Etait-ce un effet de l'imagination? était-ce un effet réel? Nous ne pourrions le dire.

Si nous ne pouvons dire à quelles sciatiques convient surtout l'électricité, pouvons-uous, au moins, déterminer d'avance comment l'électricité doit être appliquée et à quels courants il faut recourir?

Il faut humblemeut l'avouer, ici encore nous devons nous diriger d'une façon toute empirique, et cependant le choix de l'espèce de courant et le mode d'application sont loin d'être indifférents. M. Desplats cite les deux faits dans lesquels les courants coutiuus guérirent rapidement, lorsque les courants induits avaient donné des résultats négatifs ou médiocres.

Outre les phénomènes douloureux et les troubles sensitifs cutanés, on coustate, chez certains malades atteints de sciatiques, particulièrement lorsque les sciatiques ont duré longtemps, de la parésie musculaire et de l'atrophie. Ces phénomènes accessoires, dont les fonctions mixtes du nerf sciatique donnent la raison, ne doivent pas être négligés parce qu'ils aggravent actuellement l'état des malades et surtout parce qu'ils compromettent les fonctions du membre dans l'avenir.

Des travaux récents et sérieux permettent de croire que, lorsque la paralysie et surtout l'atrophie surviennent, la névralgie sciatique est la manifestation d'une névrite. Un examen un peu attentif les fait facilement reconuaître : la parésie à l'impuissance du membre, l'atrophie à la diminution de volume, à la moindre saillie des muscles et à l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent.

L'électrisation convieut mieux encore au traitemeut de la parésie et de l'atrophie qu'à celui de la névralgie. On n'hésitera donc pas lorsque, chez un malade, des signes de parésie ou d'atrophie se montreront, à recourir à l'électricité, même si les douleurs n'en semblent pas modifiées.

A quelle espèce de courants faut-il recourir daus ces cas? Les deux couviennent; cependant, l'expérience nous a appris que, lorsque les phéuomènes sont diffus et occupent presque tout le membre, il vaut mieux recourir à l'électrisation du nerf lui-même, qu'on fait traverser par un courant continu; tandis que lorsque l'atrophie est localisée, il vaut mieux électriser individuellement les muscles en les faisant traverser par des courants induits. Ce mode d'applieation nous a donné d'excellents résultats.

Autres névralgies. — Ce que nous avons dit de la siatique est applicable à toutes les névralgies; nous voulons dire cependant quelques mots des névralgies intercostale, trifaciale et cervico-brachiale.

Névralgie intercostale. — Elle est commune, et, si nous en croyons notre expérience, très-facilement modifiée par la faradisation. Nous ne prétendons pas dire que la galvanisation ne produise les mêmes effets; mais comme nous n'avons pas eu occasion de l'employer, nous n'en pouvons parler.

Noua ne citerons aucun fait de *névralgie trifaciale*, n'eu ayant aucun d'intéressant et de probant. Dans les cas, asscz uombreux, où nous avons eu à intervenir, ces névralgies ont cédé à des doses élevées, et plusieurs jours continuées, de sulfate de quinine, aux vésicatoires ou au bromure de potassium. Quant à l'électricité, nous n'avons pas eu à y recourir, ou, quand nous y avons eu recours, nous n'avons pas eu de succès.

Névralgie cervico-brachiale. — Elle ressemble, par beaucoup de ses caractères, à la sciatique, et doit être traitée comme elle. Les électrodes seront appliquées de la façon suivante : le pôle positif sera maintenu à la racine du membre ou sur les apophyses épineuses, le pôle négatif au niveau de l'épithrochlée ou sur la face dorsale de l'avant-bras. On préférera les courants continus et on fera quelques lentes interruptions.

Myalgies, arthralgies, dermalgies, etc. — Ce n'est pas seulement au traitement des névralgies que convient l'électrisation, elle rend aussi de grands services lorsqu'il s'agit de combattre les phénomènes douloureux dont la peau, les muscles, les articulations, les viscères, etc., peuvent être le siége. Nous l'avons principalement employée contre les coliques, les myalgies et les arthralgies des saturnins et contre les rhumatismes articulaires, et dans ces divers cas elle nous a rendu de grands services. Chez les saturnins, que nous avons vus en si grand nombre, les coliques ont été, bien souvent, instantanément calmées par la faradisation. Dans ce cas, les courants induits nous ont paru plus efficaces que les courants continus. Au contraire, contre les myalgies, les courants continus ont eu une actiou plus rapide et plus positive.

Contre les rhumatismes musculaires, l'électrisation est d'une efficacité telle que nous ne croyons pas, quand

on a sûrement affaire à un vrai rhumatisme, qu'elle puisse être inefficace.

On peut donc dire, en *résumé*, que :

1. Les courants induits et les courants continus peuvent utilement servir à combattre tous les troubles de la sensibilité, particulièrement les phénomènes douloureux;

2. Que, dans le choix des courants, l'empirisme seul sert de guide; cependant, quand on veut agir sur le nerf, c'est aux courants continus qu'il faut recourir, tandis que, quand on veut agir localement, il faut employer les courants induits;

3. Suivant le mode d'application, les courants hyposthénisent ou produisent une révulsion; ces deux actions peuvent s'ajouter si, après avoir fait pénétrer courants à l'aide de tampons recouverts de cuir ou d'épongeshumides, on applique des électrodes métalliques, particulièrement le pinceau;

4. L'action hyposthénisante s'obtient en faisant traverser le nerf par le courant électrique continu ou interrompu, l'action révulsive par l'électrisation de la peau correspondant aux points douloureux;

5. Rien ne permet encore de dire, d'une manière précise, à quelles névralgies convient plus particulièrement l'électrisation; toutes, même les plus anciennes, même celles qui ont résisté aux agents thérapeutiques les plus actifs, peuvent guérir, tandis que les plus récentes peuvent être rebelles;

6. Il n'y a qu'un critérium, en présence d'un cas donné, pour juger si l'électricité convient : c'est l'expérience.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES ASSURANCES SUR LA VIE.

Nous publions aujoud'hui le travail du Dr E. Damourette paru dans la *Tribune médicale.* Nous désirons, en effet, avant de faire connaître aux lecteurs du *Concours Médical* les solutions auxquelles nous sommes arrivé à la suite d'études longues et patientes, leur fournir des points de comparaison. C'est pourquoi nous reproduisons cet intéressant travail, comme précédemment nous l'avions fait pour celui du Dr L. Lande et pour celui du Dr Benoist.

PROJET D'ASSURANCE MUTUELLE ENTRE MÉDECINS

(LA PRÉVOYANCE MÉDICALE)

EXPOSITION D'UN NOUVEAU PROJET

Par le Dr E. Damourette (de Sermaize-les-Bains).

Ceux de nos confrères, — et nous espérons qu'ils sont nombreux — que l'importante question de mutualité et de prévoyance professionnelles ne laissent pas indifférents, n'ont pas oublié assurément le *projet d'assurances entre médecins,* qui leur a été présenté ici même, il y a tantôt trois ans par la *Tribune médicale.*

Ce projet qui a été tout d'abord discuté par M. le docteur LANDE (de Bordeaux), tant en sou nom personnel, qu'en sa qualité de rapporteur de l'association des médecins de la Gironde; qui a été plus tard l'objet d'un remarquable rapport de M. le docteur TROLARD, à la société locale d'Alger, rapport à la suite duquel cette société a donné à l'unanimité et maintenu son adhésion audit projet; qui, enfin, a été renvoyé, lors de la réunion dernière à Paris, des délégués de l'Association générale, à l'étude du comité central; ce projet, disons-nous, a provoqué, — nous nous plaisons à le constater, — l'attention et la sollicitude d'un certain nombre de sociétés locales, qui se sont empressées de le mettre à l'ordre du jour de leurs discussions. C'est pour nous un devoir presque de paternité, auquel nous ne saurions manquer, de suivre attentivement ce mouvement de préoccupation relative aux intérêts professionnels qui tend à se généraliser, et d'y faire, autant que possible, assister nos lecteurs, qui y sont tous si étroitement intéressés.

Aujourd'hui, c'est la Société locale de Vitry-le-François, une des plus actives et des plus recommandables par ses travaux, qui va nous fournir une de ces heureuses occasions.

La Société locale de Vitry-le-François a chargé, en effet, un de ses membres, qui est en même temps son trésorier, M. le docteur E. DAMOURETTE (de Sermaize-les-Bains), de lui présenter un rapport sur la question soulevée par la *Tribune.*

Disons-le de suite et d'avance, le travail de M. le docteur E. Damourette est plus et mieux qu'un simple rapport : c'est un projet nouveau, dont la conception et l'exposition témoignent, chez notre honorable et distingué coufrère, non-seulement d'un dévoûment profond aux intérêts fraternels de la grande famille médicale, mais encore d'une entente de ces questions, qui donne à son intervention toutle caractère et toute l'autorité d'une véritable compétence.

Aussi ne saurions-nous mieux faire — convaincu que le lecteur nous en saura gré — que de reproduire le plus complètement possible, dans son texte exact, le travail de M. le docteur E. Damourette. Ce texte contient, comme il est aisé de le pressentir, beaucoup de chiffres, mais jamais chiffres ne furent plus intéressants pour un médecin préoccupé de son avenir et de celui de sa famille; et d'ailleurs ces chiffres sont présentés de telle façon que l'aridité qu'ils pourraient faire appréheuder n'existe pas, et que l'on n'éprouve à les suivre aucune fatigue.

Après avoir rappelé et analysé ce projet primitif de la *Tribune,* ainsi que le rapport de M. le docteur TROLARD, et les commentaires critiques de M. le docteur E. LANDE, M. le docteur E. DAMOURETTE résume comme il suit, cette discussion préalable :

En résumé le Dr Laude, M. X., le Dr Laborde, tous désireux de voir se former une assoeiation d'assurances mutuelles entre médecins, sont d'avis : 1. Qu'elle est possible moyennant 360 fr. par an (1 fr. par jour) suivant le Dr Lande, moyennaut 275 fr. par an (0 fr. 75 par jour) suivant les autres; 2. Que l'association future peut et doit eompter sur l'aide de l'assoeiation actuelle et même sur l'aide de certains médecins.

« Moi aussi, ajoute-t-il, je crois à la possibilité de cette assuranee, mais en même temps je suis eonvaineu que les Sociétés eomme les individus, ne doivent compter que sur elles-mêmes; ayons confiance dans la générosité des puissants de la terre, ne l'escomptons pas. Selon moi, les deux associations devront marehee parallèlement, mais dans un parallélisme si rapproché que le moindre effort parvienne à les confondre, la Société créée conservaut le caractère moral de l'aînée. Ces pauvres honteux qui n'entrent pas dans l'assoeiation aetuelle paree qu'ils n'oseraient jamais *demander* un secours, soit que leur nature se refuse à eet effort, soit qu'ils se persuadent qu'une annuité de 12 francs ne peut mener à rien, se hâteront de venir à l'associatiou future pour jouir *d'un droit*, et qui sait si les indifférents, si les opposants par caraetère, ne comprendront pas bientôt qu'il est de leur intérêt de suivre le mouvement !

Moi aussi, je serais heureux de voir fonctiouner une assurance entre médeeins, quoique l'âge ne me permette plus d'en profiter. Puisse le projet que je vais avoir l'honneur de vous exposer augmenter un jour la somme de bien déjà si grosse que notre petite Société locale a fait jusqu'à présent !

Avant d'aller plus loin, laissez-moi vous dire, que j'ai dû me mettre en rapport avec M. le doeteur Laborde, pour lui signaler une erreur que je venais de découvrir dans le tableau présenté par M. X., et qui n'a du reste d'autre inconvénient que de donner à l'assurance une durée trop courte; les autres assertions de M. X. et du Dr Trolard conservent toute leur portée. Quoi qu'il en soit, e'est en raison de cette erreur et de la mise en avant du chiffre de 360 francs par le Dr Lande que je me suis cru autorisé à me reporter à mes aneiens calculs, à les eorriger, à les compléter et à... vous présenter un projet émauant de de moi-même. Vous le eomprenez, du reste, je n'ai rien négligé pour donner à mes calculs toute la préeision possible.

Le taux de l'argent diminue nous ne devons pas spéeuler, e'est indéniable, et je ne vois d'autre plaeement pour notre avoir que la rente française 3 p. 0/0 et les obligations garanties par l'État français. Que nous rapportent-il? Je ne sais, mais ee dont je suis sûr, c'est que le taux de l'argent ne descendra de longtemps au-dessous de 3,75, intérêt servi par la eaisse d'épargne à ses déposants. Si donc il est prouvé qu'une association mixte entre médecins est possible dans des eonditions de prix et de durée raisonnables, l'intérêt des fonds étant ealculé à 3.75, et le surplus fourni par un taux plus élevé étant employé à diminuer le prix de l'annuité; le proeès plaidé par le Dr X... sera bien prêt d'être gagné.

Cherehons :

Qu'un médeein quitte les bancs de l'école à vingt-cinq ans et qu'il paye 138 fr. à la caisse d'épargne, que tous les ans à la même époque il fasse un versement égal, il possèdera 10,000 fr. (et même un peu plus) un an après le trente-cinquième versement, c'est-à-dire à 60 *ans*, âge général de la retraite. C'est vrai, mais s'il meurt jeune eneore, il ne laissera à ses héritiers que de maigres annuités augmentées d'un maigre intérêt capitalisé, tandis qu'il voudrait leur laisser 10,000 fr. Il sent que la somme de 138 fr. est obligatoire annuellement (appelons là une *obligation*) et que pour en arriver à son but il lui manque un eapital de garantie, le *capital-action* qu'il trouverait aisément en s'associant à d'autres eonfrères de son âge. Il finit par en eonvainere neuf cent quatre-vingt-dix-neuf et les voilà mille voulant garantir 10,000 fr. à leurs ayant-droit s'il meurent avant l'âge de soixante ans, ou à eux-mêmes s'ils vivent eneore à soixante ans. Ils paieront ehaeun une obligation de 138 fr. Quel sera le prix minimum de l'action, sachant qu'ils ont à compter sur 20,000 fr. de frais de toutes sortes qu'il est néeessaire de prélever *au commencement* de chaque anuée et sur onze décès (les tables de Despareieux disent 10,33) qui coûteront cent mille franes payables *à la fin* de chaque année, les obligations des décédés et leur intérêt eomposé diminuant tout naturellement les pertes du eapital-action. Le prix d'une action sera de 125 fr., ee qui fait uue annuité de 138 plus 125 égale 263.

En effet, 1,000 multiplié par 125 égale 125,000
On prélève . . . . 20,000 de frais

Il reste 105,000
Soit 5,000
de déficit.

Mais ces 105,000 fr. rapporteront au bout de l'année 3, 937 fr. 50 et vaudront 108,937 50
et la Société recouvrera 11 obligations.
(11 plus 138 égale 1.518)
et leur intérêt. 57

Total. . . . 1,575 ci . . . . 1,575 »»

Elle aura done. . . . 110,512 50
Elle paie. . . . . . . 110,000 »»

Il reste. . . 512 50
de bénéfiee à la fin de l'année.

Désormais l'avenir est assuré : chaque année se soldera par un exeédeut de recettes qui augmentera rapidement, et cela est faeile à expliquer. C'est que le capital-action ne perd tous les ans qu'une somme fixe de 1,426,56 représentée par 11 aetions (11 multiplié par 125 égale 1,375) et leur intérêt (51,56) qui ne se trouve plus eompris dans l'intérêt du versement de chaque année, tandis qu'il recouvre toutes les obliga-

tions des 11 décédés (11 multiplié par 138, égale 1,518), c'est-à-dire 1,518 fr. répétés autant de fois qu'il y a d'années écoulées et augmentées de leur intérêt capitalisé jusqu'à la fin de l'année en question.

Ainsi, au commencement de la 2e année le versement est de

(1,000—11 égale) 989 multiplié par 125 égale	123,625
On prélève. . . . . de frais.	20,000
Il reste.	103,625

égal 105,000—1,375

d'où un déficit de 5,000 plus 1,375.

Au bout de l'année ces 103,625 fr. auront rapporté 3,885 94, c'est-à-dire l'intérêt de 105,000 moins celui de 1,375 (3937 50—51,56 égal 3,885 94) et vaudront. 107,510 94

La société recouvrera :

1o 11 obligations avec intérêt composé de 2 ans.	1,634 »
2o 11 obligations avec intérêt d'un an.	1,575 »
Elle aura à la fin de l'année. . . .	110,719 94
Elle paie.	110,000 »
Il reste.	719 94

de bénéfice à la fin de la 2e année, et ainsi de suite jusqu'à la 34e année où l'excédent de recettes sera 56,698 fr.

Or, il est facile de voir que 719,94 égale 1634 moins 1426,56 plus 512,50, d'où il résulte que l'excédent de recettes d'une année étant connu, on aura l'excédent de l'année suivante en ajoutant l'excédent connu à la valeur de 1518 au bout de l'année suivante diminuée de 1426 fr. 56.

La 35e année commence avec 626 associés versant 125 fr., 626 multiplié par 125 égale 78,250 fr., on prélève 20,000 fr. de frais, il reste 58,250 fr. (intérêt 2,184 fr.).

Or, 11 décédés emportent avec eux chacun les 10,000 fr. que valent leurs obligations, et chacun des 614 survivants a son livret complet et sa part de 60,434 fr., soit 10,098.

Le tableau suivant donne le boni de chaque année, avec une approximation suffisante pour qu'on puisse s'en faire une juste idée :

à la fin de la 1re année.	512
2e	720
3e	989
4e	1,321
5e	1,719
6e	2,186
7e	2,724
8e	3,335
9e	4,023
à la fin de la 10e année.	4,789
11e	5,639
12e	6,573
13e	7,595
14e	8,711
15e	9,922
16e	11,231
17e	12,644
18e	14,162
à la fin de la 19e année.	15,789
20e	17,533
21e	19,395
22e	21,381
23e	23,494
24e	25,741
25e	28,124
26e	30,652
27e	33,326
à la fin de la 28e année.	36,156
29e	39,144
30e	42,297
31e	45,624
32e	49,127
33e	52,816
34e	56,698
35e	60,334

Cette Association sera donc fructueuse, et elle ne sera pas onéreuse, car l'annuité sera, en réalité, inférieure à 263 fr. (excepté la 1re année) grâce à un intérêt supérieur à 3,75 et grâce à l'excédent de chaque année, à moins que l'Association ne désire le garder comme fonds de réserve (à partager entre les survivants) ou l'employer à secourir ses malheureux soit en payant leur prime à un moment donné.

(Suite au prochain numéro.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Du morphinisme et de la morphomanie. — Depuis quel e Dr Levinstein a attiré l'attention des médecins sur cette nouvelle affection, le nombre de cas décrits et étudiés s'est singulièrement multiplié. Voici encore une série d'études et de communications publiées de différents côtés sur ce sujet intéressant.

Le Dr M. Brée rapporte dans le *Wiener und Wochenschr.* 1877, un cas de morphinisme, qui présentait comme phénomène singulier et extraordinaire de vives douleurs névralgiques dans les organes génitaux. Ces douleurs se manifestent, d'ailleurs, également dans l'empoisonnement morphinique aigu. Elles ne sont pas fixes ; elles s'iradient entre l'anus et l'urèthre. Parfois il s'y joint aussi un certain degré de priapisme.

Le Dr Fletcher Ingals a fait dans le Nord de l'Amérique une enquête, d'où il résulte que le morphinisme est très-répandu dans cette contrée. Dans les cas qu'il a pu rassembler, il a trouvé sept cas de mort à la suite de l'abus des injections hypodormiques de morphine.

Le Dr Esenbeck, de Cadolzburg, en Bavière, rapporte un cas de morphinisme qui s'est produit au bout

de huit ans d'usage de cet alcaloïde. La malade avait consommé peudant ces huit années environ 385 grammes de morphine. La névralgie, pour laquelle la malade s'injectait de la morphine, n'avait nullement été influencée par ce traitement; mais l'organisme était tellement habitué à la présence de l'alcaloïde, qu'il fut impossible à la malade de cesser l'usage du narcotique (Memorabilien, XXII, 1878).

Dans un cas rapporté par le Prof. Pepper, la dose à laquelle la malade était arrivée insensiblement était de 0,20 centigrammes 3 fois par jour. Pour combattre l'empoisonnement on réduisit graduellement les doses, en même temps qu'on administra de la quiniue et du fer dialysé (*Philad. med. and surg. Reporter*. Febr. 1878.)

Le Dr Bernhuber, de Woerishofen, cite un cas de morphinisme très-grave, dans lequel la suppression brusque de la morphine amenait immédiatement des vomissements de toutes les substances alimentaires. Le degré d'anémie résultant de l'empoisonnement était tel, que ce médecin crut pouvoir lui attribuer une grande partie des phénmèues observés. Il se décida donc à essayer la transfusion. Cette opération fut suivie d'un succès si rapide et si complet que le Dr Bernhuber n'hésiterait pas à y recourir de nouveau dans les cas de morphinisme grave. *(Bayr. aerztl.— Intell.* Bl. 1878).

Les cas de morphiuisme sont si communs en Amérique que le D. Panisch à fondé a Brooklyn (New-York) un établissement exclusivement destiné au traitement des morphiniques. Il a donc en cela suivi l'exemple du D. Levinstein, de Berlin. Mais, contrairement à l'opinion de ce dernier, le médecin américain préfère la soustraction graduelle du poisou à sa suppression brusque. (*The Clinici.*, 1877.)

(*Journal des Scienees Médical de* Louvain.)

TRAITEMENT DE LA CYSTITE CATARRHALE

Modificateurs thérapeutiques pouvant être utilisés avec avantage pour combattre cette affection :

Un moyen de premier ordre, applicable aussi bien à l'homme qu'à la femme, consiste dans la *pratique des injections vésicales à grande eau* que l'on effectue à l'aide d'une sonde à double courant. On emploie, à cet effet, l'*eau froide* ou l'*eau chaude*. L'*eau froide* est indiquée dans les cas d'atonie vésicale, en vue de tonifier les fibres musculaires. L'*eau chaude* convient, au contraire, lorsque la vessie est irritable et le siége d'une sensibilité exagérée. Cette balnéation de la vessie doit être répétée, selon le besoin, tous les jours, ou tous les deux jours. On arrive aiusi à uettoyer le réservoir urinaire, et à modifier la muqueuse d'une façon très-avantageuse.

Dans ce dernier objet, diverses substauces ont été utilisées. C'est ainsi qu'on a conseillé des injections effectuées avec une *décoction de feuilles de noyer*, d'*écorces de chêne*, avec de l'*eau blanche*, avec *le goudron*. Ces dernières peuvent être tenues parmi les meilleures.

Il est une autre série de modificateurs, dont l'action est plus énergique. Dans cette série se rangent les injections ayant pour principes actifs l'*alun*, le *sulfate de cuivre*, le *nitrate d'argent*. Cette dernière substance doit être employée avec de grands ménagements. Il convient de ne guère dépasser la dose de 0,05 à 0,10 centigr. par injection de 250 gr. Cette médication substitutive doit être attentivement surveillée. Il faut, en effet, savoir s'arrêter à propos, car il pourrait devenir dangereux de dépasser le but que l'on se propose.

Il va de soi que, à l'état aigu, la cystite commande l'emploi des moyens antiphlogistiques.

Dans sa période subaiguë, et surtout lorsqu'elle est passée à l'état chronique, cette affection est efficacement combattue par l'usage interne des *balsamiques* et par l'application de la *méthode révulsive*. A ce dernier point de vue il couvient de se garder de recourir aux *vésicatoires*. Ils n'ont que trop souvent tendance à exercer une action nuisible sur un organe qui a bien plus besoin de sédation que d'excitation. *Il faut exclure les vésicatoires du traitement de la cystite*. Cette proscription est d'autant plus légitime, qu'il existe des dérivatifs non moins puissants, et qui ont pour avantage de n'exercer sur la vessie aucune action nocive.

Parmi ces agents, il saut citer la *teinture d'iode*, utilisée en badigeonnage sur la région hypogastrique. Ce modificateur, si bénin dans son essence, agit quelquefois très-promptement et très-surement chez certains sujets, surtout chez les femmes.

Il est un autre révulsif très-puissant, en même temps que très-inoffensif; c'est *l'huile de croton*.

On en peut dire autant de la *pommade stibiée*, que Civiale conseille avec insistanee.

Les frictions doivent être effectuées soit à l'hypogastre, soit à la région sacrée.

Dans les cas graves, il convient de recourir à la cautérisation ponctuée ignée.

Lorsque, chez une femme atteinte de cystite, la guérison ne peut être obtenue par les traitements les plus divers et les plus rationnels, employés à l'adresse de l'affection vésicale, *il faut songer à une lésion quelconque de l'utérus*. C'est en dirigeant de ce côté les efforts de la thérapeutique que l'on peut arriver à un résultat favorable, en mettant eu pratique le si judicieux précepte : *sublata causa, tollitur effectus*. (*Gazette des hôpitanx.*)

DU TRAITEMENT DU PITYRIASIS

Par M. Lallier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le pityriasis simplex guérit tout seul, la cause qui l'a produit étant eulevée. Nous en dirons autant du pityriasis rubra, qui, léger, de même que tous les exanthèmes aigus, ne réclame qu'un régime léger, le repos, un purgatif au besoin. Quant au pityriasis chronique de nature herpétique, il n'a aucune tendance à guérir spontanément. — Il doit douc être traité et l'on n'obtiendra de bons résultats qu'en s'adressant en même temps à l'état diathésique et à l'état local. — Comme dans tous les cas où vous vousproposerez de combattre l'herpétisme, donnez d'emblée l'arsenic sous la forme suivante qui est commode : à chacun des trois repas prendre deux, puis trois et même quatre pilules suivantes :

Arséinate de soude... un milligramme.
Extrait de geutiane... dix centigrammes
Pour une pilule.

Portez la dose jusqu'à 12 milligrammes par jour en donnant 13 pilules, mais n'allez pas au delà, et que ce soit progressivement, car ce traitement doit être continué pendant plusieurs mois de suite.

Comme traitement local, vous vous trouverez bien de l'application de topiques qui détermineront une inflammation substitutive de la peau : ainsi des lotions sulfureuses, des onctions avec l'huile de cade, ou même des lotions au sublimé que vous prescrirez ainsi :

Sublimé corrosif.....	un gramme,
Eau distillée..........	cent-vingt grammes.

Mettez une cuillerée de cette solution dans un verre ou même un demi-verre d'eau froide.

Le pityriasis versicolor disparaîtra sous l'influence des parasiticides : ainsi lotions avec la solution de sublimé précédente, frictions avec la pommade sulfureuse d'Helmerich, ou bien avec la formule au turbith minéral dans la proportion suivante :

Turbith minéral..	un, deux ou trois grammes,
Axonge.............	trente grammes.

On se trouvera bien également de l'emploi simultané de bains alcalins et de bains sulfureux.

Enfin le pityriasis alba parasitaire tricophytique sera traité par les mêmes moyens, auxquels on ajoutera, suivant les régions, l'épilation, ainsi que le conseille M. Bazin. (*Extrait d'une leçon publiée dans la Gazette des Hôpitaux).*

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DES DYSPEPSIES, PAR M. BOUCHARDAT

Il doit être d'abord étiologique; donc il faut reconnaître avant tout la cause de la dyspepsie; à ce point de vue l'auteur étudie successivement :

I. *Les dyspepsies se rapportant à l'alimentation.* Il faut manger modérément. Les gros mangeurs se creusent une tombe avec leurs dents, a dit James Eyre. Ici l'auteur énumère un certain nombre de règles hygiéniques.

L'insuffisance des acides dans le suc gastrique peut se rapporter à une excrétion d'urée incomplète par des reins brightiques ou à des sueurs acides trop abondantes. Prescrire alors du vin de quina avec 2 ou 4 grammes d'acide chlorhydrique pur par litre ou la boisson chlorhydrique de Caron ou la limonade nitrique.

L'insuffisance des ferments digestifs normaux a été exagérée. Faire agir les ferments artificiels en présence d'une quantité d'eau suffisante; avoir présent à l'esprit que le contenu de l'estomac peut ne pas être suffisamment acide. Aussi Bouchardat ajoute-t-il de l'acide lactique ou tartrique à la poudre de pepsine, du sel marin au vin pepsiné; la maltine ou la pancréatine seront ensuite essayées.

II. *Dyspepsies par insuffisance de la dépense,* celle des désœuvrés qui demande un exercice modéré, l'hydrothérapie.

III. *Dyspepsies liées à diverses causes pathologiques ou sous la dépendance de mauvaises habitudes.* Ce sont d'abord les dyspepsies acides liées à la présence de ferments anormaux, lactique, butyrique, propionique, au défaut d'exercice, à l'insuffisance des fonctions de la peau. Le contenu de l'estomac est alors semblable à l'*eau sure des amidonniers.* Essayer ici les condiments âcres, ail, moutarde, l'éther, les essences, la teinture d'iode, qui peuvent contrarier ou supprimer l'action des ferments anormaux; recourir surtout aux alcalins. Voici une formule pour la craie.

Carbonate de chaux.	5
Rhubarbe.	5
Poudre d'opium.	0,10

En dix prises, une au commencement de chaque repas.

Les *dyspepsies sulfurées* relèvent de la fermemtation putride. Une alimentation azotée trop riche en est ordinairement la cause. Traitement : charbon de peuplier, sous-nitrate de bismuth.

Dyspepsies ammoniacales liées à la maladie de Bright : diète lactée, soupes au lait et à l'oignon.

Dyspepsies flatulentes. Le corset peut en être la cause : charbon de Belloc qui est à la fois alcalin léger, absorbant des gaz et laxatif.

La *gastrectasie* se lie souvent à une mastication incomplète, à l'abus des eaux gazeuses. Il ne s'agit donc que de réformer de mauvaises habitudes. Quand à la dilatation de l'estomac se joint l'exosmose des liquides, recourir à l'évacuation de l'estomac et à son lavage avec de l'eau alcaline, soit au moyen de la pompe, soit de la sonde œsophagienne faisant siphon. Thérapeutique surtout étiologique dans les dyspepsies, telle est la conclusion principale de l'article.

(Lyon médical).

NOTES CLINIQUES

LEUCORRHÉE CHEZ LES ENFANTS PAR SUITE D'IRRITATION DU RECTUM. (*New-York Medical Record*). — Le docteur M. F. Otis, dans une leçon clinique sur la gonorrhée, appelle l'attention des praticiens sur la leuchorrhée infantile. Une cause, dit-il, d'une inflammation des membraqueuses qui ne diffère pas au point de vue pratique de la gonorrhée, est la leuchorrhée infantile. Elle est reconnue par toutes les autorités comme une maladie contagieuse. Elle peut se communiquer aux autres enfants par les éponges, les essuies-mains, etc., communs. Il survient souvent dans le cours de la maladie une ophthalmie par contagion, qui ne diffère pas de l'ophthalmie blennhorrhagique.

Cette forme de leucorrhée est occasionnée, comme on le croit généralement par l'irration du rectum. On l'a attribuée aussi à la dentition, mais qu'elle qu'en soit la cause, il s'établit dans le vagin de l'enfant une inflammation qui produit une suppuration qu'on ne peut distinguer de la suppuration blennorrhagique et qui peut communiquer une affection identique à elle-même.

M. Otis rapporte le cas d'une leucorrhée, avec inflammation considérable des parties génitales, chez une petite fille de dix ans qui avait été occasionnée par la présence d'une grande quantité de petits ascarides dans le rectum. Les cas do ce genre ne sont pas rares.

Signe médico-légal de l'existence et de l'âge d'un fœtus.

M. Joannet a réuni dans un travail très-complet, tout ce qui est relatif à l'étude médico-légale du poil humain, étude qui n'avait pas encore jusqu'ici été faite dans son ensemble. Nous y prendrons quelques détails importants à connaître sur l'évolution du poil chez le fœtus

Ce n'est guère qu'au cinquième mois de la vie intra-utérine que l'on voit apparaître les premiers poils chez le fœtus. De petits poils délicats et courts, tendres, et presque incolores, se développent sur le fœtus dans le cours du sixième mois, alors que l'on trouve déjà sur la tête des poils également fins, mais prenant bientôt une coloration plus foncée. Les poils et duvet du corps et du visage ont à peu près une égale longueur, plus grande toutefois que celle des poils de la tête; mais les premiers s'arrêtent dans leur croissance, et tombent même en grande partie dans le cours du neuvième mois, tandis qu'à partir du sixième les poils de la tête ont continué à se développer rapidement; à la naissance les cheveux se trouvent ainsi plus colorés et sensiblement plus longs que les autres poils qui restent, formant le duvet du corps (Oesterlen).

Ainsi donc la présence d'un duvet assez abondant sur le corps du fœtus caractérise la dernière période de grossesse (sixième ou neuvième mois). A la fin du neuvième mois le duvet tombe en grande partie dans la poche des eaux; on le retrouve même mélangé au méconium avec de l'épithéleum, des cristaux de cholésterine, du mucus et de la graisse, dans l'intestin du fœtus où il a pénétré grâce aux mouvements de déglutition. De ce fait Oesterlen tire cette conclusion importante au point de vue médico-légal dans les cas où le fruit de l'utérus n'a pas été découvert, si on trouve des taches de méconium sur les linges, etc., de la présence du poil-duvet dans ces taches, on peut conclure l'âge du fœtus non présenté.

(*Jour. de méd. et chir. prat.*).

CHRONIQUE

Par arrêté en date du 20 février 1880, le ministre de l'intérieur et des cultes a nommé membres de la commission chargée d'examiner les titres et de dresser le tableau de classement des candidats à un emploi d'inspecteur général, à titre de docteur médecin, des services administratifs du ministère de l'intérieur :

M. le docteur Robin, sénateur, membre de l'institut et de l'Académie de médecine, et professeur d'histologie à la Faculté de Paris, président.

M. le docteur Lasègue, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris.

M. le docteur Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris.

M. le docteur Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de Paris.

M. Bucquet, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président de la section des établissements de bienfaisance.

M. de Harambure, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président de la section des établissements pénitentiaires.

M. Carron, chef du 4e bureau du secrétariat au ministère de l'intérieur.

M. de Lacroix, sous-chef de bureau à l'administration centrale, remplira les fonctions de secrétaire.

— M. West (Charles), membre du Collège des médecins de Londres, médecin des hôpitaux de Saint-Barthélemy et de Middlesex, fondateur de l'hôpital des Enfants de Londres, membre correspondant de l'Académie de médecine de France, est autorisé à exercer la médecine dans le département des Alpes-Maritimes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE

— Obéissant à une pensée humanitaire et patriotique, la Société française d'hygiène a entrepris la tâche de doter la France d'un de ces établissements vaccinogènes créés avec succès dans plusieurs capitales de l'Europe. Le service de vaccinations *gratuites* qui a fonctionné avec tant de succès l'an dernier, d'avril à septembre, a été repris à partir du mardi 17 février. Tous les *mardis*, à midi, à la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, 44, rue de Rennes.

Les médecins de Paris, y trouveront à leur choix, sans *rétribution aucune*, du vaccin jennérien (vaccin d'enfant) et du vaccin animal (vaccin de génisse). Les médecins de province pourront se procurer (valeur incluses en timbres-poste) du vaccin au prix de 2 frans le tube pour le vaccin de génisse, de 1 franc pour les pointes d'ivoire chargées de vaccin jennérien.

Toutes les demandes devront être adressées au secrétariat de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

BIBLIOGRAPHIE

L'urine normale et pathologique, les calculs urinaires. Histoire médicale, analyse chimique par le Dr C. Méhu, pharmacien de l'hopital Necker (1).

On connaît le *Traité de chimie médicale appliquée aux recherches cliniques*, manuel qui rend tous les services quand on a besoin d'étudier ou d'analyser les produits normaux ou pathologiques dont la connaissance importe au diagnostic et au traitement de diverses maladies. L'urine est certainement le liquide de l'écouomie qu'il importe le plus de connaître, parce que sa composition qualitative ou quantitative fournit des renseignements qu'on demanderait en vain à l'examen des autres appareils. M. Méhu y avait bien consacré la moitié de son livre, mais ayant surtout en vue l'analyse, il avait nécessairement laissé de côté bien des détails qui présentent un grand intérêt pour le médecin. C'est cette lacune qu'il vient de combler, en publiant ce nouveau volume où le praticien et le pharmacien trouveront exposé, avec sobriété mais avec clarté et précision, tout ce qu'il leur importe de connaître. Outre les divers procédés d'analyses dans lesquels nous ne pouvons pas entrer, signalons tout particulièrement ce qui a trait aux diverses matières colorantes de l'urine, *Urobiline, Indigotine, Indicane, Indirubine*, etc., dont l'étude laisse encore beaucoup de desiderata.

De noubreuses figures nous montrent les formes variables que peuvent revêtir l'acide urique et les urates. On sait, en effet, combien l'examen microscopique est important en pareille matière, puisque seul il nous renseigne immédiatement sur la valeur, l'importance des divers dépôts salins et des éléments

(1) Un vol. in-8o d'environ 400 pages avec 74 figures dans le texte. Paris, Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

organiques tenus en suspension, hématies, leucoptes, spermatozoïdes, tubes urineux, cellules épithéliales, ferments, parasites, etc. Quand une question présente un intérêt scientifique particulier, mais peu important encore pour la pratique, l'auteur l'a fait imprimer en petits caractères. Louons-le d'avoir indiqué avec soin toutes les sources où il a puisé. Une table alphabétique placée à la fin du volume est destiné eà faciliter les recherches.

Dr A. B.

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière (1).

Ce manuel a été entrepris par M. Bourneville et divers collaborateurs du *Progrès médical,* pour répondre aux besoins du nouvel enseignement inauguré à la Salpêtrière et à Bicêtre, dans le but de former des infirmiers et des infirmières capables de donner des soins plus intelligents aux malades. Il est divisé en trois volumes. Le premier comprend des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie. Le second est consacré aux pansements, il renferme par conséquent les connaissances plus spécialement indispensables aux garde-malades. Dans le troisième, nous trouverons d'abord les notions relatives à l'administration des médicaments et à la préparation de ceux dont peut se charger l'infirmière; il se termine par un petit dictionnaire dans lequel elles trouveront les mots usuels dont la connaissance leur est plus particulièrement indispensable. Ajoutons que les mères de famille si souvent obligées de faire l'office de gardes-malades y trouveront beaucoup à apprendre.

Dr A. B.

(1) 3 vol. in-12, 2e édition, revue et augmentée. Aux bureaux du *Progrès médical*, rue des Écoles, 6.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr B., 159, 14 févr.

La clientèle a été cédée à un confrère. — L'envoi vous sera continué poste restante.

— Dr R., 832, 21 févr.

Reçu la somme; de votre part ce n'était pas une obligation. Nous sommes heureux de la ferveur et de l'efficacité de votre propagande.

— Dr O., à A. (Var), 22 févr.

Satisfaits de vous être agréables, nous avons fait l'envoi. Nous comptons sur vos amis et votre actif concours.

— Dr V., à T. (Nord), 22 févr.

« *Quelle est la situation des participants?* »

Identique à celle des mille fondateurs, à cela près qu'ils ne participeront dans les produits du journal que dans la proportion fixée par les fondateurs en réunion.

« *Quels sont leurs droits?* »

Réception du journal, gratuitement, s'ils le désirent, — services qu'ils peuvent réclamer à l'administration. — Réductions de toute nature auprès des compagnies qui traitent avec nous, et remises des fournisseurs du *Concours.* Titre seul de membre du *Concours Médical,* permet de jouir de ces privilèges dont on étendra le champ.

« *Quelles sont les obligations des participants et qu'entend-on par : contribuer à la prospérité commune?* »

On entend l'obligation morale de s'intéresser à tout ce qui nous touche : nous instruire, des faits d'intérêt général; nous assister pour nos recherches, pour la diffusion de nos idées de mutualité. Aider à la prospérité matérielle du journal, en préférant, dans sa pratique courante, les eaux minérales et les spécialités adoptées par le comité d'études, quand l'indication thérapeutique se rencontre.

« *Le nombre des participants est-il limité?* »

Non, — plus il sera grand, notre action commune sera effective.

— Dr P., 794, 23 févr.

Vous dites : « *Je lis à la dernière page du journal... Nous devons ajouter qu'une prime de 25 fr., assure 1o en cas de mort 5,000 fr.* Est-ce en cas de mort naturelle? »

Non assurément. Il s'agit d'assurances-accidents et non d'assurances sur la vie, qui nécessitent : 1o une prime élevée; 2o l'examen médical.

A ce propos nous proposons à la méditation de tous nos lecteurs la solution du problème suivant.

Il s'agit de faire disparaître l'examen médical, préliminaire obligatoire de l'assurance sur la vie, il serait remplacé par une garantie écrite dans la police. L'assuré dégage la Compagnie, de tout versement à faire à ses ayant droit, s'il succombe durant les premières années, à une affection de nature chronique. Exemple, tuberculose, cancer, maladies du cœur, etc...

Nous promettons à celui de nos confrères qui résoudra d'une façon précise les termes de ce difficile problème un véritable succès. Ce serait une vraie révolution opérée dans les assurances sur la vie et la suppression du plus grand obstacle de leur développement.

— Dr D., 287.

Reçu l'adhésion, et envoie douze formules. — Comme vous venez fréquemment à Paris, nous comptons bien être avisé, lors de votre prochain voyage, de l'heure exacte de votre passage sur la ligne du Nord. Nous ferons tous nos efforts pour vous rencontrer et vous dire combien nous vous remercions et sommes de votre avis quand vous dites : « Je suis convaincu qu'avec un peu de temps et surtout un peu d'entente, nous arriverons à obtenir ce que l'Association générale ne peut nous donner. A elle l'avenir lointain; à nous les résultats présents. »

— Dr L., à E. (Vosges), 26 févr.

« Mon concours dévoué est acquis à une entreprise destinée à établir entre les membres du corps médical une étroite solidarité. Je suis un partisan convaincu des idées du *Concours.* » Vous savez qu'il vous est loisible de nous adresser vos amis, à quelque titre que ce soit.

— Dr C., 169, Paris, 24 févr.

Le service du journal sera fait régulièrement à votre clinique.

— Dr P., 779, 28 févr.

Nous avons reconnu l'erreur de l'envoi d'un double exemplaire à votre adresse. Nous vous remercions de nous en avoir avisé et prions nos confrères qui se trouveraient dans un cas semblable de vouloir bien suivre votre exemple.

— Dr B., à V. (Var).

Dans quelque temps l'insertion aura lieu et nous nous conformerons à votre désir pour les termes.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 11 13 mars 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Nous avons reçu le premier n° du bulletin de l'*Association scientifique algérienne*. Cette association est fondée dans le but de concourir à la vulgarisation et au développement des études scientifiques en Algérie ; et de faciliter par tous les moyens dont elle dispose les travaux de ses membres. A cet effet l'Association publie un bulletin, organise des conférences et des excursions publiques.

C'est évidemment dans la voie de l'Association qu'il faut marcher en vue des intérêts intellectuels comme des intérêts matériels. L'association, le groupement des forces est le salut. Dans chaque groupe départemental, toutes les bonnes volontés, tous les talents peuvent s'entr'aider et concourir à l'avancement de la science sans risquer d'être étouffés.

Les sociétés savantes des départements, peuvent rendre de grands services et ont une immense tâche à remplir dans un pays comme la France, où une seule ville a eu longtemps tous les monopoles.

A force de concentrer toutes les forces vives d'une nation, on risque fort de voir, un beau jour, le niveau intellectuel tout entier du pays s'abaisser parce que l'unique foyer de lumière s'est obscurci un instant.

La décentralisation scientifique la plus large est nécessaire, et c'est à ce titre que nous saluons la nouvelle Association.

— Nous ne voulons pas attendre un compte rendu ficoné à un de nos collaborateurs, pour annoncer le nouveau livre de M. Péan, consacré au *diagnostic et au traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*.

La compétence spéciale et aujourd'hui incontestée de M. Péan, les moyens et les ressources dont il dispose, le rendait tout particulièrement propre à tenter cette tâche, et à la mener à bonne fin.

C'est seulement le premier volume qui parait aujourd'hui. Le second contiendra les maladies de l'ovaire. Une première lecture nécessairement rapide ne nous permet pas aujourd'hui d'entrer dans des détails, mais cependant nous ne voulons pas attendre pour signaler comme particulièrement remarquable, à notre avis, les chapitres relatifs aux tumeurs de la rate et du mésentère. De très-belle figures accompagnent cet ouvrage important. Nous souhaitons vivement l'apparition prochaine du second volume.

— Si on veut mesurer l'influence incontestable de M. Péan sur la chirurgie contemporaine, on n'a qu'à se reporter à l'Académie de médecine. Dans la dernière séance M. Just Lucas-Championnière a présenté deux femmes rachitiques auxquelles il a pratiqué l'opération de Porro, c'est-à-dire l'opération césarienne, avec ablation de l'utérus, des des trompes et des ovaires. Nous devons cependant rappeler encore ce que nous disions il y a quelque temps à propos de la chirurgie actuelle sur l'influence des modes de pansement et la théorie antiseptique.

M. Lucas-Championnière a particulièrement étudié ces questions, il est, parmi nous, un des plus chauds partisans de la méthode de Lister et il en suit les pratiques avec une certaine rigueur. La hardiesse chirurgicale, c'est Kœberlé, Péan en France qui l'ont eue, mais ce qui a assuré le succès ce sont les soins consécutifs, le mode de pansement, le mode d'alimentation des blessés, l'hy-

giène, enfin, et ce qui n'a manqué à M. Lucas-Championnière, de même qu'à M. Péan, le secours d'aides exercés.

Nous félicitons vivement M. Lucas-Championnière de son double succès qui ne peut étonner ceux qui connaissent son habileté opératoire.

— Encore une élection ! M. Constantin Paul a été éludans la section de thérapeuthique et de matière médicale. M. Constantin Paul a été, comme on le sait, chargé de continuer et de tenir au niveau de la science, le traité de thérapeutique de Trousseau et Pidoux ; il est un des fondateurs de la société thérapeutique, et dans les hôpitaux, il fait des leçons cliniques d'un grand intérêt.

M. Dujardin-Beaumetz est venu le second sur la liste de présentation.

REVUE GÉNÉRALE

De la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac.

(*Suite*)

II. Affections générales se compliquant d'un état morbide de l'estomac.

C'est le cas des maladies générales diathésiques ou cachectiques qui, à un moment plus ou moins éloigné, s'accompagnent de troubles gastriques.

Ce sont la chlorose, l'anémie, liées de la façon la plus intime aux maladies de l'estomac qu'elles déterminent ou dont elles sont la conséquence. Ce sont les dystrophies constitutionnelles diverses, le diabète, la tuberculose, etc., ou bien les cachexies et en particulier la cachexie palustre.

Or ces troubles gastriques fournissent des indications thérapeutiques qui, pour être secondaires, n'en ont pas moins leur importance.

D'une manière générale on peut dire que dans ces cas divers la médication est reconstituante et tonique ou bien altérante : je réserverai donc les médicaments qui ne rentrent pas dans l'une de ces deux classes et commencerai par les médicaments reconstituants.

Tout d'abord on rencontre le *fer*, médicament héroïque dont les préparations nombreuses attestent la faveur qu'il ne cesse de rencontrer.

Eh bien, dans cette série pour ainsi dire interminable, ne trouvons-nous pas quelques règles qui fixent notre choix?

Je ne passe en revue que les préparations les plus usitées : les unes sont solubles, les autres ne le sont pas ; le fer s'y rencontre à l'état de pureté : limaille porphyrisée, fer réduit ; à l'état de combinaison binaire : oxydes, sulfure, chlorure, iodure ; ou de combinaison plus complexe. — Les sels sont tantôt à acides végétaux, tantôt à acides minéraux. Enfin le fer peut être associé à des bases diverses : potasse, soude, ammoniaque ou à d'autres métaux : manganèse, etc...

Je m'arrête d'abord au choix de la substance :

L'acescence gastrique réclamera les formes les plus simples : le fer réduit, la limaille, le protoxyde, le carbonate ; les acides du liquide stomacal faciliteront la dissolution et le fer agira, et comme reconstituant, et comme absorbant.

Dans l'hypercrinie simple on préférera encore les poudres métalliques ; s'il y a lieu d'exercer une action astringente on conseillera la poudre de Marseille.

Une action astringente plus énergique, au cas où elle conviendrait, serait obtenue avec le protochlorure ou le chloroxyde.

S'il ne s'agit que d'un état saburral, les eaux minérales à la fois ferrugineuses et alcalines donneront les meilleurs résultats.

Bien souvent c'est une simple fatigue de l'estomac qu'on rencontre et l'atonie de l'organe constitue le phénomène dominant : on conseillera les sels qui sont en même temps eupeptiques : le lactate, le protochlorure ; ou bien les sels toniques comme le phosphate, le pyrophosphate ; ou légèrement excitants comme le citrate de fer ammoniacal.

Mais si l'atonie déterminait de la flatulence, c'est encore au fer métallique qu'il faudrait donner la préférence, puisqu'il agit aussi comme absorbant de certains gaz.

La douleur peut être au contraire le symptôme dominant, alors on conseillera les préparations qui ne réclament aucun travail de l'organe : le citrate, le tartrate et aussi le carbonate (surtout les eaux martiales carbo-gazeuses), l'acide carbonique ayant une légère action anesthésique.

L'association du fer et de l'arsenic sera recherchée dans les dyspepsies irritatives ; celle du fer et de l'iode dans les formes dominées par l'hystérie.

Je n'accorde qu'une valeur très-médiocre au bromure de fer, l'infime quantité de brôme qu'il renferme me paraissant incapable de neutraliser les propriétés excitantes du métal.

Le fer doit être administré au moment des repas, la tolérance de l'organe étant plus grande à ce moment et l'absorption étant singulièrement facilitée par la digestion. — C'est généralement au début du repas qu'on le conseille, pourtant les eaux minérales ferrugineuses, certains sels à base végétale (en solution dans la boisson ordinaire) se prennent pendant le repas. Peut-être le chlorure et le lactate devraient-ils être donnés au milieu à la manière des eupeptiques.

Les préparations ferrugineuses revêtent quatre formes principales : les dragées, les poudres, les sirops et les solutions ; il peut n'être pas indifférent de choisir.

Les dragées conviennent peu lorsque l'estomac est fatigué, leur division par les dents, toujours désagréable, est le plus souvent imparfaite et leur disso-

lution est retardée d'autant. C'est assez dire que jamais les dragées ne doivent être avalées ; c'est dire encore que la forme granulaire est défectueuse et doit être rejetée.

Les poudres sont très-fréquemment employées, c'est même la seule forme qui convienne aux préparations insolubles.

Les solutions sont préférées pour les sels et conviennent lorsque l'irritabilité de l'organe fait mal supporter les autres formes, elles permettent d'ailleurs d'associer le fer à d'autres substances toniques ou excitantes : vin de quinquina (citrate de fer ammoniacal), sirop d'écorces d'oranges amères, etc...

Les sirops ne sont que des formes atténuées des solutions, on les recherche surtout pour les enfants.

Un des inconvénients principaux des préparations ferrugineuses consiste en une constipatiou souvent opiniâtre : l'oxalate de fer, qui ne possède pas cette stypticité, peut être alors conseillé. On combattra d'ailleurs avantageusement cette constipation, dans les cas qui nous occupent, en administrant concurremment la poudre de charbon qui agit comme diviseur mécanique et dont l'emploi par conséquent est exempt de tout inconvénient.

La saveur styptique des préparations martiales, les éructations nidoreuses qu'elles provoquent, sont encore des répugnances dont il faut tenir compte : les préparatious les moins rapides et en particulier les sels à acides végétaux auront alors la préférence. On pourra encore conseiller l'usage du pyrophosphate de fer et de soude à peu près insipide et toujours facilement acceptable (d'autant plus qu'il ne noircit pas les dents).

Mais parfois les préparations pharmaceutiques ne sont pas tolérées, il faut alors recourir aux eaux minérales ferrugineuses qui semblent contenir le métal dans un état moléculaire spécial, éminemment propre à favoriser son absorption et son assimilation.

Enfin chez les sujets entièrement affaiblis qui ne pourraient digérer les martiaux c'est à d'autres reconstituants qu'il conviendra de s'adresser au début ; il sera toujours loisible de revenir au fer lorsqu'une amélioration permettra à l'estomac de le supporter.

Le *chlorure de sodium*, beaucoup moins usité que le fer, est cependant prescrit avec succès dans certaines cachexies et aussi dans quelques cas de dyspepsie atonique, alors qu'on rencontre la flatulence, les phénomènes d'acor et de pyrosis.

La nature même du médicament et les usages journaliers qu'on en fait indiquent suffisamment la forme pharmaceutique qui lui convient, aussi comprend-on difficilement la préparation d'un sirop de chlorure de sodium.

Le sel marin doit être donné en nature aux repas. S'il est mal tol ́ré par quelques estomacs irritables, le lait constituera un véhicule précieux en diminuant son action topique.

Les eaux minérales chlorurées sodiques, et en particulier celles du massif central de la France rendront encore de grands services. Mais l'administration de ces eaux ne se fera pas à la manière des eaux alcalines par exemple : ce ne sont pas des eaux de table, elles ne doivent pas être mélangées au vin (elles constituent alors une boisson détestable). Il faut les prendre pures avant les repas ou au milieu des repas.

Les préparations de *Phosphate de chaux* sont fort nombreuses et aussi fort usitées.

Le phosphate tribasique n'agit guère que comme absorbant mécanique en raison de son état pulvérulent, et un peu aussi comme antiacide;

On le préfèrera au carbonate chez les sujets rachitiques.

Vient ensuite le phosphate neutre qui, de même que le précédent, est facilement supporté, mais dont l'action reconstituante est faible.

Ces préparations, prises au début des repas, conviendront lorsque l'irritabilité de l'estomac fera proscrire les autres formes. Dans le cas de gastrorrhée, la poudre sera la forme la meilleure : les acides du liquide gastrique favoriserout d'ailleurs sa dissolution.

Le lacto-phosphate de chaux et le chlorhydrophosphate de chaux en solution ou en sirop sont les préparations les plus employées; elles sont facilement absorbables et la présence de l'acide leur communique des propriétés eupeptiques. Parfois, pourtant, cet acide est mal toléré par l'estomac, on peut recourir alors, au sirop de phosphate neutre. Les dragées, granules, etc., n'ont aucune raison d'être et doivent être absolument proscrits.

Les préparations d'hypophosphite usitées depuis un certain temps s'emploient comme celles de phosphate ; peut-être sont-elles plus facilement absorbables et devraient-elles être préférées lorsque ces dernières fatiguent l'estomac.

L'huile de foie de morue convient peu lorsque les fonctions digestives se font mal : c'est un reconstituant énergique mais d'une digestion parfois difficile.

L'atouie stomacale avec hypercrinie ou flatulence la fera donc repousser, de même la dyspepsie irritative.

Mais il est des cas où l'organe ne s'oppose pas d'une façon absolue à l'administration du médicament, d'autre part son usage peut, à lui seul, déterminer des troubles gastriques. Il convient donc de ne pas le passer sous silence.

L'huile doit être administrée en nature, au moment des repas. On préfèrera l'huile blonde ou jaune aux huiles décolorées qui sont habituellement altérées ou falsifiées et aux huiles foncées tirées de foies putréfiés.

On masquera l'odeur et le goût si désagréables, à l'aide d'essences aromatiques : orange, menthe, amaudes amères, etc., on pourra recourir encore à une cuillère fermée dont l'emploi est assez commode.

L'émulsion avec la pancréation rendra parfois la tolérance plus grande.

Mais si l'huile n'était pas tolérée et qu'on dût y renoncer, ce n'est pas aux préparations succédanées qu'il faudrait recourir, il serait préférable, suivant

le conseil de Gubler, de s'adresser aux aliments qui, normalement, renferment des foies gras : huîtres, escargots, moules, pâtés de foies de volaille, etc., ces aliments, d'ailleurs beaucoup mieux acceptés de l'estomac, sont préférables aux huiles iodées, phosphorées, bromurées, etc.

Quelques pharmaciens ont eu l'idée de capsuler l'huile de foie de morue pour la faire mieux accepter des malades ; c'est là une préparation mauvaise, le nombre des capsules absorbées doit être considérable et la dissolution toujours difficile de leur enveloppe ajoute encore à la fatigue de l'estomac. Si l'huile n'est pas tolérée, mieux vaut s'abstenir.

Enfin on a cherché dans les préparations propylamiques les propriétés pharmacodynamiques de l'huile de morue. Malgré tout le bruit fait autour de la propylamine, le public médical s'est sagement abstenu et le médicament nouveau est rentré dans l'ombre d'où jamais il n'aurait dû sortir.

Pour compléter les indications de l'huile de foie de morue, il faut mentionner les conditions climatériques et hygiéniques que réclame son administration. C'est pendant les temps froids seuls qu'il faut la conseiller pour cesser dès le printemps ; il conviendra de plus de lui adjoindre un certain exercice corporel en plein air qui aide singulièrement à son absorption et à son assimilation. —

Dr Gassot.

A suivre.

QUELQUES MOTS SUR L'ARSENIC

On sait que Fowler, un des premiers, a préconisé l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes. Il donnait de six à huit gouttes d'une solution d'arsénite de potasse à un pour cent, liqueur qui porte son nom depuis lors, et il arrivait à faire prendre soixante gouttes par jour, soit trois centigrammes de substance active.

« J'ai exprimenté, dit Fowler, ma solution sur plus de trois cent-vingt cas et j'en ai soigneusement observé les effets. Plus d'un tiers des malades ont eu des nausées, près d'un tiers le ventre libre, et environ un tiers des tranchées. Les vomissements, les pulsations, les enflures, étaient rares en comparaison des accidents précédents, et leur développement avait lieu dans l'ordre où je les ai mentionnés. »

A l'apparition de ces accidents, il diminuait les doses ou supprimait le médicament.

Boudin est, après Fowler, le médecin qui s'est le plus occupé de cette question et il a enregistré de nombreux succès. Le but capital est d'amener la tolérance d'une plus grande quantité du médicament. Boudin donne dans ce but l'acide arsénieux tous les quarts d'heure, par milligramme, quelquefois deux, et il profite de la tolérance du début pour augmenter la dose. Il vise tellement à augmenter les doses qu'il propose la voie du rectum comme supportant beaucoup mieux que l'estomac de cinq à 10 centigrammes d'acide arsénieux.

Dans les maladies cutanées, on arrive à faire prendre graduellement aux malades de soixante à soixante-cinq gouttes de liqueur de Fowler par jour. Mais bien souvent l'intolérance arrive et il faut forcément restreindre ou supprimer les doses. Or c'est précisément par l'emploi de hautes doses du médicament qu'on arrive à modifier ces maladies.

Il y a donc un intérêt pratique considérable à employer un procédé permettant au malade de supporter l'arsenic. Nous trouvons dans un travail récent du Dr Chapuis (*Thèse de Lyon*, 1879.) d'intéressantes expériences faites en vue de résoudre le problème de donner de hautes doses d'arsenic sans aucune intolérance.

La toxicité de l'arsénic est connue, et exploitée par les criminels. Les composés arsénicaux occupent une des premières places dans la statistique des empoisonnements. Ainsi, de 1851 à 1864, sur six-cent-dix-sept empoisonnements criminels, il en est deux-cent-trente-deux, c'est-à-dire les deux cinquièmes, qui ont eu les préparations arsénicales pour causes. A ce fait, il y deux raisons : d'abord on peut très-facilement se procurer ce poison, ensuite il peut facilement et sûrement être graduellement administré à la victime.

A quelle dose l'acide arsénieux est-il toxique? D'après les expériences du Dr Rouyer (*Thèse de Nancy*, 1875), *lorsque le poison est absorbé*, il suffit d'une dose chez un homme de taille et de poids moyen, de 0,186 à 0,155 milligrammes pour amener la mort. Il est probable d'ailleurs que ces doses, sont déjà très-fortes et que des doses moindres suffiraient si elles étaient complétement absorbées.

Il n'en est plus ainsi lorsque l'acide arsénieux est mélangé à des corps gras, à du beurre, par exemple. Des doses relativement considérables peuvent ainsi être tolérées, sans laisser paraître les plus petits symptômes d'empoisonnement. M. Chapuis a fait de nombreuses expériences sur les animaux, il a dosé avec soin l'arsenic dans les déjections, dans les matières vomies et dans l'urine. L'aicde arsénieux doit être finement porphyrisé et aussi intimement mélangé que possible au beurre. Confiant dans les résultats de ses expériences sur les animaux, M. Chapuis et un de ses amis se

sont soumis pendant quelques jours à l'usage du beurre arsénical.

Il était important de vérifier si, de l'animal à l'homme, il existait une similitude ou une différence dans l'action de l'arsenic.

« Nous avons pris, dit le Dr Chapuis, pendant cinq jours, 0,05 centigrammes d'acide arsénieux mélangés à environ 5 grammes de beurre. Les urines émises 6, 8, et 12 heures après la première ingestion ont été analysées avec soin, celles de la 6e heure ne renfermaient pas d'arsenic ; celles de la 8e au contraire étaient nettement arsénicales, mais moins que celles de la 12e. Le lendemain, avant la deuxième dose, elle l'étaient beaucoup moins que la veille au soir. Il en fut de même les jours suivants, nous avons cessé le traitement en raison d'une migraine ressentie le soir du 5e jour, et d'une diarrhée sans douleur stomacale qui, d'ailleurs, ne dura, que la journée du 6e jour. »

L'autre expérience fournit à M. Chapuis des résultats analogues. Ce qui est frappant dans ces deux expériences sur l'homme, comme dans les expériences sur les animaux, c'est la rapide élimination de l'arsenic ainsi absorbé.

On admet généralement, depuis les expériences de M. Roussin, que les préparations arsénicales ingérées sont éliminées par les urines à l'état d'aséniate ammoniaco-magnésien.

Il était intéressant de savoir s'il en était de même lorsque l'arsenic était mélangé à une matière grasse. C'est ce que M. Chapuis a encore recherché. Il ressort de ses expériences que le beurre arsénical ne s'élimine pas à l'état d'arséniate, sans qu'il lui ait été possible d'ailleurs, de déterminer jusqu'ici sous quelle forme devait se trouver l'arsenic dans les urines.

Les expériences de M. Chapuis n'offrent pas le moindre doute sur l'innocuité relative de l'arsenic administré avec un corps gras, et cependant Orfila, qui avait rencontré dans sa pratique de médecin légiste de nombreux cas d'empoisonnement par l'arsenic, croyait que les corps gras, comme les huiles, le beurre, les graisses, sont plutôt dangereux qu'utiles dans le traitement de l'empoisonnement par l'arsenic. Fourcroy, avant lui, avait même annoncé que l'arsenic était plus dangereux mélangé à du beurre que donné seul.

Renault, dont les expériences ont été citées par Orfila, a vu que chez les animaux auxquels il avait fait prendre de l'acide arsénieux mélangé aux substances grasses, la mort arrivait plus vite que lorsque l'arsenic avait été ingéré sans mélange.

D'autre part cependant Devergie, dans son traité de Médecine légale, recommandait l'emploi des huiles, des graisses, du lait comme antidotes des composés arsénicaux. M. Blondlot, de Nancy, qui, en 1860, publia un travail relatif, à l'influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénieux et de l'arsénic, démontre qu'il suffit que l'acide arsénieux concret ait eu le moindre contact avec un corps gras pour que sa solubilité se soit réduite de 1/15 à 1/20 de ce qu'elle était auparavant. C'est ce qui expliquerait, selon lui, pourquoi l'acide arsénieux ingéré en poudre, s'il vient à rencontrer dans l'estomac des corps gras, ou s'il a été administré en même temps que ceux-ci, a pu rester fort longtemps avant de donner des accidents toxiques. Il croit ces différences capables d'égarer les investigations de la justice. Ce serait, dit-il, de véritables antidodes, s'opposant à l'absorption de l'acide arsénieux, et empêchant sa dissolution.

Ce sont, raconte M. Girardin (*Chimie générale*), le plus souvent les criminels condamnés à mort qui sont chargés de la fabrication de l'acide arsénieux. Sans cesse exposés aux vapeurs mortelles, ils ont besoin de précautions, de régime. Les alcools leur sont funestes ; on leur distribue chaque jour deux petits verres d'huile d'olive ; ils mangent peu de viande, mais principalement des légumes accommodés avec beaucoup de beurre. »

Ces notions sont généralement admises aujourd'hui. Il reste à se demander si elles répondent bien à la réalité des faits. Or, M. Chapuis arrive sur ce point aux conclusions suivantes : L'acide arsénieux additionné de beurre est, tout d'abord, beaucoup moins toxique que lorsqu'il est administré seul.

Les matières grasses retardent l'absorption du du poison arsénical, *mais elles ne l'empêchent pas*.

Les voies d'absorption seront les lymphatiques pour la plus grande quantité du beurre arsénical ingéré, et les veines pour une petite proportion.

Si, dans l'ingestion ordinaire, l'arsenic a de grandes tendances à se localiser ; au contraire, dans le cas qui nous occupe, il contracte difficilement des combinaisons avec les tissus de l'économie.

L'élimination de l'arsenic donné sous cette forme, une fois l'absorption commencée, est très-rapide et proportionnelle à la dose.

Dans la grande majorité des cas, l'arsenic administré conjointement à du beurre ne se retrouvera pas dans les urines à l'état d'arséniate ammoniaco-magnésien.

Après un traitement prolongé, la mort peut survenir rapidement, sans être due à l'acide arsénieux, mais à un autre corps beaucoup plus toxi-

que, provenant de la transformation du premier.

Il y a donc absorption du beurre arsénical, et il semble qu'il y ait avantage dans la pratique à employer cette forme médicamenteuse.

Les expériences de M. Chapuis sont intéressantes pour le médecin légiste et pour le thérapeute. Mais son travail ne renferme aucune observation clinique.

Il y a donc dans cette voie de nouvelles recherches à entreprendre, surtout au point de vue pratique. En effet, l'idéal serait d'arriver à prescrire des doses suffisantes et suffisamment prolongées d'arsenic, sans amener d'accidents du côté des muqueuses ou des appareils sensitifs et moteurs. L'emploi du beurre arsénical semble réunir toutes ces conditions.

Aux praticiens qui voudraient marcher dans cette voie, nous traduirons comme suit le résultat des expériences et des observations du Dr Chapuis :

1° On peut débuter impunément par 5 centigr. d'acide arsénieux dans du beurre.

2° La quantité du beurre, indifférente, doit être de 2 gr. au moins pour cette première dose.

3° Le mélange doit être aussi intime que possible.

4° On devra faire prendre le médicament après, ou à la rigueur pendant le repas, mais jamais avant, et surtout à jeun.

5° Il sera préférable de ne donner cette dose — ou même 6 centigr. — que tous les deux jours, afin que l'élimination soit complète à l'ingestion suivante.

6° Après huit ou dix jours de ce traitement, il peut apparaître un peu de diarrhée et de céphalalgie. Trois ou quatre jours de trêve suffisent pour faire disparaître ces symptômes d'intolérance et permettent de recommencer.

7° En opérant de cette façon, on pourra faire absorber aux malades des quantités considérables d'arsenic, sans phénomènes gastriques prononcés, sans troubles fonctionnels dus à des localisations qui sont impossibles, l'élimination étant absolue entre chaque dose.

Des éruptions arsénicales. — Une autre thèse due au Dr Reboul *(thèse de Lyon,* 1879) nous est une occasion d'appeler l'attention des praticiens sur un des inconvénients de la médication arsénicale. Il s'agit des éruptions diverses qui prennent naissance après l'emploi plus ou moins prolongé de ces médicaments dont beaucoup d'auteurs se sont occupés. Disons de suite que ces diverses lésions de la peau ne se produisent que très-rarement à doses thérapeutiques. Ainsi le Dr Garin, dont nous avons récemment analysé le travail sur le traitement de la chorée par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler n'en a observé qu'un seul cas.

La peau, dit le Dr Blachez *(Gazette hebdomadaire,* 1871*)*, n'est pas atteinte par l'usage prolongé de l'arsenic à petites doses. Cependant il se produit, dans certains cas, une modification de la matière pigmentaire, traduite par des taches brunes qui persistent longtemps. Ailleurs, on a observé l'urticaire et certaines formes d'éruptions pouvant aller jusqu'à la pustulation. Ces faits sont exceptionnels en dehors des doses toxiques.

Les éruptions arsénicales ont cependant un intérêt très-grand.

Jetons d'abord un rapide coup-d'œil sur les éruptions médicamenteuses qui ont chacune un cachet spécial.

Les résineux, par exemple, et notamment le copahu produisent comme type d'éruption la roséole, on observe quelquefois des papules, plus rarement des vésicules.

La belladone a comme type, l'érythème, la scarlatine belladonée.

Le mercure produit surtout le prurit et une forme d'érythème sur lequel apparaissent bientôt de petites vésicules remplies de sérosité transparente, sans réaction fébrile.

M. Fischer, de Vienne, a observé fréquemment et très-bien décrit les éruptions iodées. L'acné iodique, l'érythème, les poussées papuleuses et eczémateuses seraient les formes les plus communes, selon lui.

De toutes ces éruptions médicamenteuses, celles dues à l'absorption de l'arsenic, quoique plus rares, présentent sans contredit les formes les plus diverses. On a publié des observations d'érythème, d'urticaire, de papules, de furoncles, sans en excepter les formes vésiculeuses et même bulleuses que l'on a souvent rattachées à l'arsenic dans les empoisonnements.

Mais à côté de ces éruptions il en est une, unique dans les éruptions médicamenteuses qui avait déjà attiré l'attention de M. Perroud. *(Annales de dermatologie,* 1876). Il s'agit de l'herpès, siégeant par groupes, sur le trajet d'un rameau nerveux superficiel et accompagné de douleurs plus ou moins vives. C'est ce que l'on appelle le zona.

M. Reboul a réuni sur ce sujet les observations éparses dans la littérature médicale et il est arrivé à cette conclusion qu'il y avait, entre l'apparition de cette éruption curieuse et la médication arsénicale, plus qu'une coïncidence.

Ce serait par une action irritative directe exercée

sur différents organes lors de son élimination, que l'arsenic provoquerait, soit l'albuminurie, soit la trachéo-bronchie, etc., ou du côté de la peau des désordres variables tels qu'un trouble dans la circulation capillaire, un état congestif et des éruptions.

Telle est du moins la théorie présentée par la plupart des auteurs pour expliquer les accidents cutanés consécutifs à l'absorption des médicaments; telle est l'interprétation donnée par M. Bazin dans son Traité des éruptions artificielles de 1862. Il nous dit en effet : « La peau ne serait qu'un crible à travers lequel filtrerait, par le moyen de ses glandes, les médicaments charriés par le sang, et ces médicaments, l'atteindraient ainsi directement, par une *véritable irritation locale* de dedans en dehors. » Pour lui, le système nerveux central ou ganglionnaire ne semble y prendre aucune part. L'action est toute locale et consécutive à la sécrétion cutanée d'une substance irritative.

M. Reboul a voulu s'assurer, chez un malade atteint de psoriasis et soumis à l'action de la liqueur de Fowler à la dose de soixante gouttes par jour, que la sueur contenait bien de l'arsenic. Or, malgré des recherches très-attentives, il lui a été impossible d'en déceler la moindre trace.

Si les éruptions tenaient simplement à une action irritative locale exercée par la sueur médicamenteuse ou le produit sébacé sécrété, dit M. Reboul, elles devraient se montrer de préférence aux endroits humides ou riches en follicules sébacés. Or, ce n'est point ce que nous montre l'observation, car ces éruptions se présentent indistinctement sur toutes les parties du corps, même les plus sèches. Nous pensons donc qu'il faut aller chercher plus loin la cause intime des choses, le phénomène n'étant point aussi simple que semblent le dire les auteurs, et qu'en dehors de l'irritation locale, si elle existe, il y a une action exercée sur le système nerveux. Le caractère seul de quelques éruptions arsénicales, comme le zona et l'urticaire, nous autorise à penser qu'elles ne sont que l'expression d'un trouble nerveux encore inconnu.

Aujourd'hui, depuis les travaux de MM. Charcot et Bouchard, depuis les observations de Duncan, de Verneuil, etc., le zona est généralement regardé comme une éruption secondaire, c'est-à-dire consécutive à une altération nerveuse, altération dont le siége est variable et portant soit sur les nerfs sensitifs, soit sur les deux à la fois.

Bärensprung pense que l'éruption d'herpès est l'expression d'un trouble nutritif de la peau sous l'influence d'une altération des corpuscules ganglionnaires.

Aussi, en tenant compte de l'influence incontestable de l'arsenic sur les éléments nerveux, sur le grand sympathique en particulier, on est porté à penser que les éruptions arsénicales et en particulier le zona, n'ont d'autre cause que l'influence de l'arsenic sur le système nerveux.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. Reboul :

1° L'existence des éruptions arsénicales est non seulement incontestable, mais on peut dire que de toutes les éruptions médicamenteuses, elles présentent les formes les plus variées ;

2° Au nombre de ces variétés on peut citer le zona, forme exceptionnelle d'éruption pathogénétique ;

3° Ces éruptions arsénicales, rares à doses thérapeutiques ordinaires, se rencontrent plus souvent à doses élevées ; elles sont très-fréquentes à doses toxiques ;

4° Comme elles surviennent surtout au milieu des signes d'intolérance, tels que : embarras gastrique, enrouement, conjonctivite, modifications du pouls, etc., nous dirons, avec M. le professeur Gailleton, qu'elles doivent être une indication, non pas de supprimer le médicament, mais d'en diminuer progressivement la dose ;

5° Elles sont favorisées dans leur évolution par l'état diathésique des sujets ; c'est ainsi qu'elles se montrent bien plus souvent chez les dartreux que chez les autres malades traités à l'arsenic.

6° Si l'irritation locale exercée sur la peau par le médicament lors de son élimination, existe et joue un rôle dans la production de ces éruptions, on ne peut nier l'influence manifeste du système nerveux, dont un état particulier constituerait la cause prédisposante ;

7° Nous pouvons dire, enfin, que l'arsenic, parait agir sur le sympathique, exerçant une action qui doit au moins favoriser la production des éruptions.

SUR L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS.

Cette question de la plus haute importance, vient d'être traitée longuement, il faut le dire : savamment, dans le *Concours Médical*, par M. le docteur P. « Tout « homme qui croit ses idées bonnes, a dit Louis « Courier, serait un franc scélérat de ne pas les ré« pandre. » Je suis donc obligé de publier les miennes, bien qu'elles soient opposées à celles d'un confrère.

L'allaitement artificiel ne lui paraît acceptable que comme pis-aller. Je ne suis pas de son avis par la raison qu'il est plus facile d'avoir chaque jour de bon lait de vache ou de chèvre, qu'une nourrice parfaite, comme il la faut, irréprochable à tous égards. Qui ne

sait que chez la mère elle-même, on rencontre des inconvénients sans nombre par les dérangements physiques et les peines morales, qui retentissent toujours sur la santé du nourrisson? sans être de l'école de Rousseau, on peut et l'on doit préférer le lait d'une vache nourrie de foin à l'étable où dans les pacages qui abondent de plantes aromatiques, au lait d'une mère exposée aux grandes émotions, ou d'une femme d'emprunt qui se nourrit de crudités et de soupe aux choux.

De ses études consciencieusement faites dans les laboratoires de chimie, analyses, décompositions, et comparaisons des diverses sortes de lait, M. le docteur P. en induit que le lait de vache étant forcément adopté, il doit être adopté dans toute sa pureté. Il crie Raca aux commères et sages-femmes qui conseillent le *coupage*. Sur ce point il est radical, et je suis conservateur. Depuis vingt-cinq ans que, pour mes péchés, je fais la médecine rurale, je n'ai jamais conseillé le lait de vache qu'avec la recommandation qu'étant écrémé d'abord, il serait coupé aux trois quarts, au tiers ou à moitié, suivant la progression de l'âge. Et si parfois il est survenu des troubles gastro-intestinaux, boulimie ou coliques vertes, c'est lorsqu'on a dépassé mes prescriptions. Lorsqu'elles ont été ponctuellement suivies, j'ai vu parmi les enfants, beaucoup moins de maladies du tube digestif et de mortalité que parmi ceux élevés au sein, surtout des nourrices mercenaires. J'ai exigé également que la mère de l'enfant donnerait, toujours, elle seule le le biberon, sous la stricte observance du coupage et de la température. Pour cette tâche, je n'ai pas plus de confiance en une femme de chambre, qu'en une nourrice salariée, soit dans la famille, soit au dehors. Je soutiens donc qu'il faut couper le lait de vache. Car, sans un grand effort de raisonnement, on est forcé d'admettre que si le lait de vache n'est pas trop fort pour un nouveau-né, celui de femme n'est pas trop faible pour un veau. Il n'en est pas de même pour le lait de chèvre; celui-là je l'admets dans son intégrité. Peut-être, quelqu'un de mes bienveillants lecteurs a-t-il été à même de voir une de ces précieuses bêtes accourir aux vagissements de l'enfant, et celui-ci demeurer suspendu à sa mamelle comme le René de Chateaubriand aux lèvres d'Atala.

Abordant l'article des tétées, je me vois à nouveau en opposition — il faut encore le dire : avec des confrères justement estimés à tous les titres. Ils approuvent et je désapprouve que l'on donne le sein, soit le biberon, à des heures indéterminées, autant que l'enfant paraît le réclamer. Bientôt à l'âge de celui que le poëte appelait *laudator temporis acti*, je suis autorisé par mon expérience et l'avis de savants hygiénistes, à considérer la régularité des repas comme la première condition d'une bonne digestion, *id est* d'une bonne santé. Ne laisser allaiter l'enfant que chaque deux ou trois heures suivant la quantité de lait qu'il prend chaque fois, telle est ma règle de pratique. Je conseille de donner, dans les intervalles, car les enfants ont soif aussi, ou de l'eau de gruau infusé et non décocté, ou de l'eau simple, tièdes et sucrée, aromatisée avec eau de fleurs d'oranger. Comme argument irrésistible, les théoriciens que j'essaie de réfuter ici, nous disent : *Prenez exemple sur les animaux!...* Dans une de ses intéressantes leçons, comme il savait les faire, le célèbre Trousseau disait la même chose. Mais ce n'était pas pour préconiser la fréquence et l'irrégularité des tétées. C'était plutôt pour prohiber celles de la nuit, qu'il croyait nuisibles à la mère et à l'enfant, sauf les cas anormaux où l'on donne encore des bouillons aux malades de tout âge. C'était pour ne pas laisser devancer imprudemment l'époque du sevrage, qu'il n'approuvait que du jour où le nourrisson, n'importe le nombre de ses mois, pourrait avoir six à huit dents, mâcher les potages ou autres aliments, tels que bouillie, panades, etc., etc.

Afin de laisser à d'autres plus dignes le plus de papier blanc, j'ai hâte de clore mes réflexions, que je résume par ce théorème :

Si nous apprenons à guérir nos maladies dans les laboratoires d'anatomie pathologique,

« *Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitæ.* »

Ce n'est pas dans les laboratoires de chimie, que nous apprendrons à alimenter les nouveau-nés.

Dr Saint-Arroman.
Ancien interne des hôpitaux, officier d'académie.

M. le docteur P., répondra à cette lettre dans notre prochain numéro; quant à présent, il fait ses réserves sur les doctrines émises par notre honorable correspondant.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

PROJET D'ASSURANCE MUTUELLE ENTRE MÉDECINS

(LA PRÉVOYANCE MÉDICALE)

EXPOSITION D'UN NOUVEAU PROJET

Par le Dr E. Damourette (de Sermaize-les-Bains).

(Suite.)

« Dès lors l'association doit être ouverte à tous les médecins, quel que soit leur âge; il n'est pas dit que quelques-uns d'entre nous ne voudront pas y entrer, il n'est pas dit non plus que tous les médecins y entreront aussitôt leur sortie de l'école, et il serait injuste de faire payer à un homme, même de 29 ans seulement, une annuité égale à celle d'un homme de 25 ans. Les conditions d'entrée, eu égard à l'âge, sont faciles à déterminer : payer annuellement une action de 125 fr. (les actionnaires n'ont pas d'âge) qui sera seule mise en jeu dans le partages des bénéfices, et une obligation calculée de telle sorte que l'annuité produise 10,000 fr. quand l'assuré aura atteint l'âge de 60 ans. De là le tableau suivant :

Age de l'assuré.	Durée de l'assurance.	Obligation.	Action.	Annuité.
25 ans	35 ans	138	125	263
26	34	145	125	270
27	33	153	125	278
28	32	161	125	286
29	31	170	125	295
30	30	179	125	304
31	29	190	125	315
32	28	201	125	326
33	27	213	125	338
34	26	226	125	351
35	25	240	125	365

Age de l'assuré.	Durée. de l'assurance.	Obligation.	Action.	Annuité.
36	24	255	125	380
37	23	272	125	397
38	22	290	125	415
39	21	310	125	435
40	20	332	125	457
41	19	357	125	482
42	18	385	125	510
43	17	416	125	541
44	16	451	125	576
45	15	491	125	616
46	14	536	125	661
47	13	589	125	714
48	12	651	125	776
49	11	724	125	849
50	10	812	125	937.

On voit par là qu'un homme de 35 ans paierait 365 fr., au lieu de 408 fr. à une compagnie, différence à son bénéfice 43 francs; qu'un homme de 50 ans paierait 936 fr., au lieu de 1,065 fr. à une compagnie, différence à son bénéfice 128 fr.; on voit encore que tout médecin pourrait contracter une assurance pour un temps moindre que celui qu'il a à courir pour atteindre l'âge de 60 ans, en payant l'annuité d'un homme plus âgé. Ainsi à 25 ans, une assurance de 25 ans coûterait 365 fr., et l'assuré gagnerait encore 10 fr. sur le tarif des compagnies.

Rien ne s'oppose à ce que les statuts prévoient le cas où un assuré voudrait disposer de tout ou partie de *ses obligations*, sauf au conseil d'administration à déterminer ce que devient son assurance. C'est chose facile d'ailleurs; ainsi un assuré de 25 ans retire ses obligations au bout de 10 ans, et continue à payer 138 fr.; il a alors 35 ans et devrait payer 240 fr.; une simple proportion donnera la valeur de son assurance : 5,750 fr. S'il vit à 60 ans, il aura une part proportionnelle du fonds de réserve.

Si un assuré cesse de payer son annuité, et veut rentrer plus tard dans l'association, il paiera nécessairement l'anuité afférente à l'âge qu'il aura au moment de sa rentrée.

Enfin il n'est pas douteux pour moi que l'association ne puisse accepter des assurances de 10 à 20,000 fr., et cela serait un bonheur, car si le docteur LANDE a dit avec raison : 10,000 fr. ce n'est déjà plus la misère, il est permis d'ajouter : 20,000 fr., c'est presque l'aisance. Les grandes compagnies d'assurances donnent un peu moins de 10% de rente viagère à 60 ans (capital perdu), mais l'État donne 10,25, et il constitue des rentes viagères à 4.50% s'il doit rendre le capital aux ayants droit de l'assuré (capital reservé).

Ce mode d'assurance répondrait donc à toutes les exigences, s'il ne mourait jamais plus de 11 médecins par an; mais surviennent 12 décès dans l'une des premières années et un appel de fonds est nécessaire, chose toujours funeste à une association naissante.

Je partage l'avis des inspecteurs d'Alger : il nous faut un fonds de réserve. Nous avons un moyen si simple et si moral de nous le procurer !

Vous l'avez deviné, Messieurs, si une société d'assurance sur la vie paie les décès dès sa première année d'existence, c'est qu'elle n'assure un candidat qu'après examen médical. Le certificat médical ! ah, messieurs, fuyez-le dans le cas présent; vous n'en demanderez pas pour vous, vous n'en donnerez pas aux autres ! Quel médecin aurait le courage de dire à un confrère : « Laisse toute espérance, » en lui refusant la porte d'une association confraternelle? Non, non, pas de certificat médical, mais deux ans de stage pour tous. Rendez aux héritiers l'argent versé par les décédés, laissez même 20,000 francs au conseil d'administration pour secourir une famille intéressante, surtout celle dont le chef aura succombé à un accident ou à une maladie contagieuse, et quand même il surviendrait de loin en loin un décès trop prévu, vous aurez bientôt une Société prospère, sûre d'elle-même !

Reprenons nos 1,000 médecins de 25 ans.

1re ANNÉE. 1000 plus 125 égale 125,000 »»
on prélève 20,000 »» de frais.

il reste 105,000 »»
dont l'intérêt est 3,937 50

total au bout de l'année 108,937 50
on prélève 20,000 »» de secours.

il reste 88,937 50

2e ANNÉE.

989 plus 125 égale 123,625
on prélève 20,000 de frais.

Il reste 103,625 ci. 103,625 »»

Total 192,562 50
qui rapportent au bout d'un an 7,221 08

au total 199,783 58
on prélève 20,000 »» de secours.

Il reste 179,783 58

C'est un fonds de réserve qui répond à 18 décès ou peut s'en faut, et qui rapporte 6,741 fr. 88, disponibles. Ai-je besoin de faire remarquer que l'intérêt varie en même temps que le fonds de réserve ?

Dès la 3e année nous revenons au projet précédent (1,000 — 22 égale 978.) 978 multiplié par 125 égale. . . . . 122,250 »»
On prélève 20,000 »» de frais.

Il reste 102,250 »»
dont l'intérêt est 3,834,38

De plus, au bout de l'année la caisse recouvre 11 obligations de 3 ans. 1,695 28
11 obligations de 2 ans. 1,634 »»
11 obligations de 1 an. 1,575 »»

Total. 110,988 66
Elle paie. . . . 110,000 »»

Bénéfice. 988 66

Encore un mot et j'ai fini. Je vous remercie d'avoir prêté une attention soutenue à des détails encore plus ennuyeux à l'audition qu'à la lecture, et j'ajoute que si les médecins s'associent dans des conditions s'éloignant peu de celles que je viens de vous exposer, la rente viagère à 10 %, capital réservé, viendra bientôt.

VARIÉTÉS

DISCOURS DE M. ERNEST BRUCKE,

Recteur de l'Université de Vienne.

Celui qui veut devenir médecin a-t-il besoin des études classiques telles qu'elles sont faites dans nos gymnases, ou faut-il permettre l'étude de la médecine à des jeunes gens qui n'ont aucune connaissance ou une connaissance imparfaite des langues mortes?

L'étudiant en médecine doit-il savoir le grec et le latin? Certes, la nomenclature médicale est, pour une moitié, latine, pour l'autre moitié, grecque; mais, à côté des expressions latines et grecques, nous en avons presque toujours d'autres qui appartiennent à la langue du pays. Si nous les employons plus rarement, c'est que souvent elles sont moins courtes et moins précises. Cependant on pourrait compléter cette nomenclature avec des dénominations tirées de la langue usuelle.

Cela couterait quelque travail, il est vrai, mais bientôt on trouverait cette nomenclature tout aussi commode que celle qui est empruntée aux langues mortes.

On ne lit plus aujourd'hui les ouvrages des médecins grecs et romains pour se perfectionner dans l'art médical; bientôt il en sera de même pour les ouvrages plus modernes, écrits en latin. On ne peut guère mettre en doute qu'il y aura un jour des médecins surpassant en science médicale ceux qui existent à présent et ne sachant toutefois ni le grec ni le latin. Mais on peut se demander si nous devons faire en sorte que cela arrive bientôt.

Est-il donc possible de renoncer à la connaissance des langues anciennes sans se passer en même temps de beaucoup de choses qui ennoblissent et embellissent la vie de l'homme? Cette question a été soulevée trop souvent déjà pour que je doive la traiter plus en détail... La compréhension des langues mortes est étroitement liée à nos connaissances sur l'antiquité classique, et, par conséquent, à ce qui a fait le développement de l'humanité. On sait en effet que les hommes du moyen âge et de la Renaissance, s'appuyant sur l'antiquité classique, ont donné à leur siècle un essor merveilleux au sortir d'un temps de barbarie, où les restes de la culture et de la sagesse antiques durent chercher un refuge dans l'asile tranquille des couvents.

Nous voici amenés à parler des fruits moraux qui ont été cueillis en si grande abondance sur l'arbre de l'éducation classique. Est-il donc une autre profession qui nécessite une culture morale plus pure et plus complète que la profession médicale, une culture morale qui, dans toutes les situations de la vie, vous rende assez fort et assez assuré pour rester dans le droit chemin, et non pas par des espérances intéressées ou d'autres craintes, mais parce que c'est le droit chemin?

Pour beaucoup de médecins, les images pieuses qui ont entouré leur jeunesse ont pâli; ils ne tiennent plus la main de l'ange gardien de leur enfance. Qu'est-ce donc qui pourra les retenir, lorsque, d'un côté, ils verront le succès et la richesse les appeler; que, de l'autre, ils n'auront à attendre qu'un avancement pénible, et que peut-être même ils pourront voir méconnaître leurs efforts les plus honnêtes? Qu'est-ce qui pourra les retenir? Est-ce la crainte de la justice humaine? Mais personne n'en est aussi difficilement atteint que le médecin, et personne, dans tous les temps, ne le sera aussi difficilement que lui. Il peut sacrifier, de la façon la plus honteuse, à son intérêt et à sa vanité, la santé de ceux qui se confient à son savoir et à sa morale, sans être jamais en conflit avec aucun paragraphe du code.

Mais il craindra sans doute le jugement des hommes? Certes, il sera percé à jour par l'un ou par l'autre de ses confrères qui aura l'occasion de pénétrer ses menées; mais celui-ci, si jamais il l'accuse, ne le fera que dans un cercle médical restreint. Et pourquoi ne l'accusera-t-il pas publiquement? parce que son accusation resterait sans effet, selon toute évidence. Les questions médicales sont inaccessibles au public. Grâce aux changements et à la variété des opinions, un médecin qui discute devant un public étranger à l'art de guérir pourra toujours défendre un acte répréhensible en lui-même, en s'appuyant sur des prescriptions et des conseils imprimés. L'accusé aura raison, s'il sait manier la parole et la plume, et le public gardera l'impression que l'accusation a été suscitée par une jalousie de métier. Il y a eu des charlatans frivoles, que les malades, trompés, ont adorés comme des faux dieux, qui ont été célébrés par des populations entières, qui ont été distingués par des princes et des rois. Le médecin qui possède un savoir-faire suffisant peut agir à sa guise, quand une fois il en est arrivé à penser que, dans le grand jeu que les hommes jouent entre eux, il lui serait extrêmement facile de tricher.

Mais le médecin peut faire beaucoup de mal, sans même que l'idée du mal ait mûri dans son esprit, et non pas seulement, comme de raison, parce qu'il manque de savoir et d'habileté, mais aussi parce qu'il ne possède pas certaines qualités morales. Le juste et l'injuste ne sont pas toujours si nettement distingués l'un de l'autre qu'il soit facile de se décider pour l'un ou pour l'autre. Un malade peut être sauvé par une opération: si on ne l'opère pas, la mort est certaine au bout de quelques années; mais si l'opération est dangereuse, la mort peut en être le résultat immédiat ou au moins prochain, et le médecin ne peut pas se décider à assumer cette responsabilité. Une autre fois, le médecin est appelé auprès d'une femme en travail qui ne peut être délivrée du fruit de ses entrailles que par l'opération césarienne ou la céphalotripsie. La femme refuse l'opération césarienne. Le médecin doit-il, malgré le refus de la femme, entreprendre l'opération qui peut-être est désirée par les membres de la famille? Ou bien doit-il ouvrir le crâne de cet enfant qui est vivant? Ou bien enfin doit-il attendre que l'enfant soit mort pour lui perforer le crâne et pour l'extraire? S'il prend ce dernier parti, de l'enfant la mort est certaine, et il met la vie de la mère plus en danger qu'il n'aurait été nécessaire, une fois le sacrifice de l'enfant décidé.

Nous formons des hommes qui tiennent dans leurs mains une puissance d'être utile et de nuire, dont le public ne peut que difficilement se faire une idée exacte, et nous leur imposons une responsabilité si grande qu'un esprit timide en sera forcément effrayé, à moins qu'il ne soit absolument privé de conscience. Et ces hommes n'auraient pas besoin d'une éducation qui, plus que toute autre, porte l'esprit vers l'idéal et développe l'amour du bien pour lui-même? Nous devons exiger d'eux la mansuétude et l'humanité comme d'une

sœur de charité, le courage et l'abnégation comme d'un soldat qui marche au combat. Et nous ne chercherions pas à échauffer le cœur de ces jeunes gens, nous ne chercherions pas à enflammer leur enthousiasme par tous les moyens qui sont en notre pouvoir!

Nous savons, par malheur, que le but moral de l'éducation classique n'est pas atteint par tout le monde. Nous savons aussi, d'un autre côté, que beaucoup de caractères généreux qui sont nos plus beaux modèles, se sont développés sans l'avoir reçue. Mais il nous faudrait rompre avec toutes nos traditions, chercher à réformer complètement notre système d'éducation, si nous voulions lui dénier toute influence sur la moralité que nous exigeons des médecins qui deviendront un jour les gardiens de nos biens spirituels et temporels. Il ne s'agit pas de savoir comment ont été distribuées ses leçons de grec et de latin : il faut que le médecin passe par le cours d'études que l'Etat déclare avoir une importance primordiale et qu'il impose à ses prêtres, à ses juges, à ses avocats, aux professeurs et aux employés supérieurs.

On peut modifier quelques parties du plan d'études suivant les besoins de l'époque, et on y fera certainement des changements. On attachera plus d'importance à ce que l'élève comprenne facilement les classiques grecs et latins, et on laissera complètement tomber cette pratique d'après laquelle l'élève du gymnase doit savoir s'exprimer correctement en grec ou en latin. Une fois qu'on ne demandera plus aux élèves de savoir écrire une langue morte, on apportera des modifications au plan d'études et on gagnera du temps pour leur apprendre à la lire. Un autre changement consistera à suivre un chemin plus direct dans l'enseignement des mathématiques. Les élèves devront avoir un aperçu plus complet sur les relations qui existent entre la géométrie et l'algèbre ; on devra leur faire comprendre la marche si simple qui, des mathématiques élémentaires nous conduit à l'analyse.

Ces changements ne se feront pas pour les étudiants en médecine seulement, mais pour ceux aussi qui se destinent à d'autres carrières, car il ne s'agit de rien moins que de leur fournir les moyens d'acquérir la compréhension des phénomènes réels, ce qui, jusqu'à présent, n'existe que chez ceux qui se sont occupés ou qui s'occupent d'une façon spéciale des sciences exacte. La puissance des progrès faits donc les sciences naturelles a profondement saisi les esprits : on le voit bien par l'activité fiévreuse avec laquelle hommes et femmes poursuivent tout ce que la littérature populaire leur offre sur ce sujet et dévorent tout ce qui se publie de bon ou de mauvais.

Les individus étrangers à la médecine et ceux qui jugent des choses par parti pris ont déclaré que la médecine était un métier, parce qu'elle sert à gagner de l'argent et parce qu'on devrait forcer tout médecin à répondre à l'appel qu'on lui fait, dans n'importe quelle circonstance. Mais il y a une chose que l'on a pas comprise ou que l'on a oubliée : chacun sait où le soulier le blesse, chacun sait quand l'habit que lui apporte le tailleur ne lui va pas ; mais il ne sait pas si son médecin le traite bien ou le traite mal. Gardons-nous de toucher à la fierté avec laquelle les médecins considèrent leur état et leurs actions : nous serions dans une position bien fâcheuse, s'ils considéraient le gain comme l'unique but et le seul produit de leur activité.

Qui donc a jamais demandé à des industriels de nuire à leur propre industrie, de faire tous leurs efforts pour qu'ils aient le moins de travail possible? Et c'est là cependant ce que nous devons exiger de tout médecin; nous devons exiger de lui que non-seulement dans les familles qui le rémunèrent pour ses soins il cherche à prévenir tout cas de maladie et fasse tous ses efforts pour produire le développement physique le plus complet des membres de la famille, mais il doit encore chercher à maintenir en bon état la santé générale, par conséquent la santé d'individus avec lesquels il n'a aucun rapport personnel. Il est impossible que l'Etat, pour maintenir et améliorer le développement physique de ses populations, se repose exclusivement pour ce soin, sur les médecins qu'il paye dans cette intention. Or, dans un certain sens, tout médecin doit être considéré comme étant au service de l'Etat.

Tout ce que j'ai dit jusqu'à présent s'adresse à ceux qui veulent séparer l'éducation du médecin de celle des membres des autres professions libérales et remplacer ce qu'on perdrait en études classiques par une étude plus approfondie des mathématiques et des sciences naturelles et par la connaissance des langues vivantes. Mais on a fait d'autres propositions encore. Pour doter de médecins les contrées qui en manquent ou qui pourraient en manquer, on a voulu, dans un esprit d'humanité mal compris, permettre l'étude de la médecine à des jeunes gens dont l'instruction préparatoire serait peu considérable. Mais l'examen de maturité n'aurait-il donc pour but que de prouver une certaine somme de connaissances acquises? Ne doit-il pas aussi être une barrière qui écarte les incapables des professions libérales? Si l'on enlève cette barrière pour les médecins, et si on la remplace par une autre plus basse, on donnera le droit de vie et de mort à des hommes pauvres d'esprit, et on leur permettra de se ruer sur l'humanité souffrante.

Que pourra-t-on attendre des plus intelligents parmi ces médecins? A cause de l'insuffisance de leurs études préliminaires, la compréhension de toute chose serait pour eux plus difficile et plus incomplète ; même en leur accordant un temps égal pour faire leurs études, ils resteraient toujours au-dessous du niveau des docteurs en médecine. Peut-être veut-on diminuer leur temps d'études? Mais alors quelle est la partie de l'art médical où l'éducation de ces médecins sera incomplète? Sera-ce dans la médecine qu'ils doivent pratiquer tous les jours? sera-ce dans la chirurgie? sera-ce dans l'art des accouchements? Et cependant c'est précisément dans cette branche que, partout où les médecins font défaut, on doit exiger du praticien de l'habileté et une décision prompte. Ce qui manquerait bien certainement, ce sont les études théoriques, sans lesquelles il est impossible de se faire une opinion personnelle sur les questions médicales.

Leur instruction première incomplète ne leur permettrait même pas d'aborder une partie de ces études, Et c'est de pareils médecins que l'on veut doter les contrées qui en manquent, où, par conséquent, les populations ne peuvent pas choisir celui qu'elles prendront ; des contrées où le médecin doit, non-seulement prescrire les médicaments, mais les préparer lui-même, ce qui rend le contrôle de ses actes plus difficile encore.

On se trompe soi-même lorsqu'on dit qu'on ne veut employer ces médecins que comme un pis-aller, qu'on ne les gardera que jusqu'au jour où l'on sera sûr d'avoir un nombre suffisant de docteurs en médecine. Mais quand ce jour arrivera-t-il, si l'on crée une nouvelle espèce de médecins qui ne seront à la hauteur des docteurs en médecine, ni par leur culture générale, ni par leur savoir et leur habileté et qui seront cependant leurs égaux sous le rapport de l'exercice de la médecine? Croit-on par là rendre plus attraaynte l'étude de la médecine avec ses huit années de gymnase et ses cinq années d'études?

Et, du reste, est-il bien vrai que nous formons trop peu de médecins, et que tout le mal disparaîtrait si nous produisions tous les ans le double de docteurs? Les grandes villes sont remplies de médecins, la campagne en a suffisamment, il n'y a que dans quelques régions, pauvres et montagneuses, qu'on se plaigne de manquer de médecins. Mais le médecin n'a-t-il pas le

droit d'aller où il veut et ne fait-il pas un grand usage de sa liberté ? Les médecins autrichiens le prouvent, d'autant plus facilement qu'ils jouissent d'une bonne renommée à l'étranger. On trouve des médecins autrichiens dans tout l'Orient, ainsi que les Etats-Unis d'Amérique et au Mexique. L'excédent du corps médical ne va pas là ou il ne pourrait pas vivre; il préfère émigrer, ou bien former des médecins tellement mauvais qu'il leur serait impossible de réussir à l'étranger.

Vous le voyez, nous arrivons à une conclusion absurde; les moyens indirects sont illusoires; il ne reste plus qu'à forcer les médecins là où ils sont nécessaires. Sera-ce par la force? On pourrait alors, comme autrefois en Bavière, limiter la faculté accordée au médecin de s'établir où il lui plaît et ne lui donner sa liberté que lorsqu'il aura passé quelques années là où on a besoin de lui. Mais cette mesure produirait tout d'abord ce que l'on veut précisément éviter : elle éloignerait les jeunes gens de l'étude de la médecine et engagerait les jeunes médecins à émigrer; en second lieu, elle ne produirait pas le résultat désiré, parce qu'en fin de compte on ne pourrait pas laisser le médecin mourir de faim là où il lui serait impossible de gagner sa vie.

Quels sont donc les moyens de persuasion que nous possédons? On peut créer des bourses avec l'obligation de pratiquer la médecine dans un endroit déterminé. Ce moyen pourrait se recommander pour des régions qui ne sont pas tout-à-fait assez pauvres pour ne pas nourrir un médecin, mais qui n'en possèdent pas parce que l'exercice de la médecine y exigerait des efforts extraordinaires. Il est évident que ce moyen est impraticable pour des régions où un médecin ne pourrait pas gagner son existence. Dans ce cas, il ne reste qu'à lui donner un traitement; on a dit assez souvent que les moyens de le faire n'existent pas partout; qu'il est impossible d'ajouter des charges nouvelles à celles qui existent déjà; mais nous ne devons pas offrir une pierre à ceux qui nous demandent du pain, il vaut mieux leur dire ouvertement : « Nous n'avons pas de pain. »

Notre sujet nous a entraîné bien loin de la science, jusqu'aux doutes et aux soucis de la vie de tous les jours; mais ne nous en plaignons pas. La science ne doit jamais nous posséder au point de nous faire perdre tout intérêt pour la prospérité et les souffrances des autres hommes.

(*Revue Scientifique*)

CHRONIQUE

Nécrologie. — Un médecin qui a rendu les plus grands services à l'enseignement de l'anatomie, le docteur Louis Auzoux, vient de mourir à Paris. Né en 1797 à Saint-Aubin d'Ecroville (Eure), le docteur Auzoux se préoccupa presque exclusivement de la recherche de moyens propres à faciliter l'étude de l'anatomie. Il composa une pâte susceptible de prendre les empreintes les plus délicates et d'acquérir par la dessiccation une grande solidité; il en composa des pièces anatomiques artificielles, imitant la nature dans ses plus minutieux détails de forme et de couleur. Les modèles, ainsi obtenus, sont formés d'éléments séparés pouvant se monter ou se séparer à volonté. Dès 1822, l'Académie de médecine et l'Institut accordèrent un de leurs prix annuels à M. Auzoux. A toutes les Expositions universelles, il a obtenu des médailles d'or.

On doit, en outre, au docteur Auzoux de nombreux ouvrages sur les sciences médicales, tels que les *Considérations générales sur l'anatomie*, un *Mémoire sur le choléra*, un *Tableau de la situation physique des ouvriers*.

AVIS

Un jeune docteur désire un poste médical à appointements fixes ; ou succéder à un médecin âgé. S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

AVIS.

Nous prions de nouveau nos confrères qui s'adressent, pour un motif quelconque, aux fournisseurs du *Concours*, de faire suivre leur signature de leur qualité de membre du *Concours Médical*. C'est indispensable. Exemple : M. le Dr R... de Paris, fait une demande. Il paie le prix de la fourniture réclamée qui était assez importante. Ce n'est qu'à ce moment qu'il s'avise qu'il a négligé la formalité en question. Il prévient le fournisseur, qui lui fait remettre 41 fr. 50 c., montant de la réduction à laquelle notre adhérant avait droit.

— Dr L., 574 (Gironde), 26 févr.

Votre demande a été transmise à M. L. Leclercq. — Vous *avez dû recevoir* une réponse.

— Dr A., à B. (Gard), 27 févr.

On a envoyé la thèse réclamée.

— Dr D., 29 (Haute-Garonne).

« Il serait utile de connaître les divers sujets des concours d'agrégation. » Oui, nous verrons à donner ces renseignements. Si, comme vous dites, vous avez une donnée professionnelle nouvelle à exposer, elle sera la bienvenue.

— Dr L., 42 (Meurthe-et-Moselle), 1er mars.

L'indication que vous réclamez contrarie les usages de quelques éditeurs : Voici les prix des ouvrages que vous spécifiez : Hygiène de Proust, 16 fr.; *id.* Becquerel, 10 fr.; *id.* Manuel-Lacassagne, 7 fr.; *id.* Michel-Lévy, deux volumes, 20 fr.; *id.* Charcot, deux volumes, 26 fr. — Tous ces prix sont passibles de la réduction due aux adhérents par le fournisseur. — Les réductions ne peuvent être réclamées qu'à la Maison Berthier et non aux autres libraires, avec qui nous ne pouvons traiter en particulier. — D'ailleurs, ces renseignements de prix sont de la compétence de M. O. Berthier, à qui vous pouvez les demander.

— Dr B., 75 (Loire), 1er mars.

On nous a remis votre intéressant travail. — Il sera inséré.

— Dr M., Ch. (Liége), 1er mars.

L'échange sera fait régulièrement, comme avec les autres journaux. Prière de nous aviser, s'il se produisait des interruptions.

— Dr Ch., à M. (Hérault), 2 mars.

Nous vous donnons satisfaction. — Vous ne nous êtes pas redevable. — Nous ne pourrions, quant à présent, répondre à votre dernière demande.

— Dr R., 850 (Haute-Garonne), 2 mars.

Selon votre désir, le Dr M... est inscrit comme membre participant. Il recevra le journal à titre gratuit.

— Dr C., médecin à B. (Pas-de-Calais), 4 mars.

Vous êtes inscrit comme participant. — Nous ne donnerons à ceux-ci un numéro de série que lorsqu'ils auront atteint, comme les fondateurs, le chiffre de mille. — Vous trouverez réponse à votre demande dans le prochain numéro. — Vous recevrez des circulaires de la *Compagnie générale d'Assurances contre les accidents*. — Elle va en adresser à tous les médecins de France et leur faire connaître les avantages qu'elle assure aux membres du *Concours Médical*.

— Dr G., 419 (Cantal).

Nous n'avions jamais reçu la lettre en question. Nous avons inscrit immédiatement le Dr F., comme participant. — Merci de votre intervention.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 12 20 mars 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Une place était vacante à l'Académie de médecine dans la section de pathologie chirurgicale. La section présentait: En première ligne, M. Gaujot; — en deuxième ligne, M. Cusco; — en troisième ligne, M. Lannelongue; — en quatrième ligne, M. Terrier; — en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Léon Labbé et Péan.

Le nombre des votants étant de 88, majorité 45, M. Léon Labbé obtient 42 suffrages, M. Cusco 32, M. Gaujot 8, M. Terrier 3, M. Péan 1, bulletins blancs 2.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 88, majorité 45, M. Léon Labbé obtient 47 suffrages, M. Cusco 38, M. Gaujot, 3.

En conséquence, M. Léon Labbé ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

On remarquera que la section de pathologie chirurgicale comprend huit membres, juste le nombre des voix obtenues par M. Gaujot, professeur au Val-de-Grâce, et qui avait sans doute aux yeux de cette section l'inestimable avantage de consacrer tout son temps à la chirurgie scientifique. Tandis que les autres concurrents sont malheureusement pour la section des gens très-occupés et très-répandus. Heureusement pour M. Léon Labbé que les autres sections n'ont pas imité la réserve de ses confrères les chirurgiens.

Quelques personnes s'étonnent de voir la section de pathologie chirurgicale tenir aussi peu compte des vœux assez clairement exprimés déjà par l'Académie et faire figurer au dernier rang un homme de la valeur de M. Labbé, il est vrai qu'il est en compagnie d'un des chirurgiens les plus occupés de Paris, M. le Dr Péan. Nous nous étonnons de cet étonnement, et nous estimons que les causes premières ne seraient pas difficiles à trouver. Mais nous ne saurions nous engager dans cette recherche, et nous craindrions trop de nous égarer. Nous sommes convaincu qu'un jour viendra où nous aurons aussi la satisfaction de voir au nombre des académiciens M. Péan, nous y verrons aussi M. Gaujot et tout sera pour le mieux dans la meilleure des académies.

Mardi prochain on nommera un autre académicien dans la section d'hygiène, et il n'est pas difficile de prédire que l'élection sera vivement disputée.

REVUE GÉNÉRALE

De la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac.

(suite)

Après les reconstituants proprement dits, viennent les toniques et parmi eux, en première ligne, le *quinquina*.

Les préparations pharmaceutiques du quinquina

sont assez nombreuses : c'est d'abord la poudre; puis viennent la macération, l'infusion et la décoction, le vin, la teinture, les extraits aqueux et hydro-alcoolique, les sirops à l'eau ou au vin, etc...

C'est contre l'atonie des organes qu'on prescrit le quinquina, et nous avons vu qu'il était indiqué dans la dyspepsie atonique.

La poudre doit être impalpable, on l'administre au début des repas, tantôt seule, tantôt mélangée à d'autres poudres amères ou aromatiques (lorsqu'on veut augmenter son action stimulante), tantôt additionnée de rhubarbe (lorsqu'il y a constipation). Ce que je viens de dire s'applique à la teinture, avec cette réserve toutefois que la poudre est préférable lorsqu'on se trouve en présence d'une hypersécrétion muqueuse.

C'est à doses relativement faibles qu'on donnera ces préparations, on se bornera donc à réclamer d'elles une action tonique. Les propriétés fébrifuges demandent des doses trop élevées; loin de fatiguer l'estomac par des quantités massives, on préférera l'alcaloïde dont l'action est plus rapide et plus sûre.

La macération aqueuse renferme surtout du tannin, les alcaloïdes étant peu solubles; elle convient surtout chez les sujets affaiblis lorsque la tolérance de l'organe est restreinte. La faculté d'édulcorer cette macération avec des sirops médicamenteux divers (sirop de tolu, sirop d'écorces d'oranges amères, etc..., etc...) permet de répondre à bien des indications.

On augmenterait les propriétés de cette macération en l'acidifiant légèrement; la macération chlorhydrique possède en outre des propriétés eupeptiques dont il faut tenir compte.

L'infusion et la décoction sont peu employées, leurs propriétés seraient également accrues par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique ou d'acide chlorhydrique et elles pourraient ainsi devenir fébrifuges; mais elles sont difficilement supportées par l'estomac à cause de leur astringence extrême. On pourrait les conseiller dans la cachexie palustre, à la condition toutefois que les fonctions digestives se fassent régulièrement.

C'est encore comme tonique qu'on conseillera l'extrait mou de quinquina gris; administré en potion ou en pilules, il remplacera avantageusement le vin de quinquina dans les cas où celui-ci serait mal supporté (acor, pyrosis, dyspepsie névrosique ou inflammatoire). Cet extrait se joint avantageusement à la potion de Todd à la fin des maladies aiguës, alors qu'il faut soutenir un organisme débilité et que l'alimentation ne fait que commencer.

Les pilules, toujours fraîchement préparées et molles, seront données au début des repas. Les potions seront administrées à intervalles variables.

Le vin de quinquina est la préparation vulgaire, tout le monde prend du vin de quinquina et le médecin se trouve peut-être aussi souvent dans la nécessité de le défendre que dans le cas de l'ordonner.

Un tel succès près du public ne pouvait manquer de tenter l'esprit de lucre et de spéculation, et tour à tour nous avons dû proscrire des *paquets tout prêts* qui ne renfermaient pas moitié de quinquina, des élixirs non moins prêts qu'il suffisait de mélanger à un litre de vin, etc..., etc...

Je laisse de côté ces produits défectueux et ne m'occupe que du médicament convenablement préparé.

Le vin de quinquina convient à l'atonie des convalescents, à celle des adolescents, surtout au moment de l'apparition du flux menstruel. On le conseillera encore à la ménopause, dans le plus grand nombre des cachexies. Mais il sera rejeté dans les états fébriles, lorsque la susceptibilité de l'estomac fera repousser toutes les préparations alcooliques.

La nature du vin de quinquina n'est pas indifférente, tel estomac qui ne tolérera pas un *vin alcoolisé* supportera le vin au malaga par exemple. C'est ce dernier qu'on conseillera de préférence aux personnes délicates, aux femmes, aux enfants peu habitués aux boissons alcooliques.

Le vin de quinquina peut d'ailleurs acquérir des propriétés plus actives par l'addition de substances diverses : gentiane, écorces d'oranges amères, citrate de fer ammoniacal, etc...

Le sirop de quinquina beaucoup plus faible remplacera les autres préparations qui seraient mal tolérées. C'est un véhicule fort commode pour l'arséniate de soude dans la dyspepsie douloureuse, dans la gastralgie. C'est le médicament qui convient spécialement aux enfants.

Comme le vin, il se donne au début des repas ou quelques minutes auparavant : on comprend mal les délais prolongés entre l'absorption du médicament et le travail de la digestion.

Reste l'extrait hydro-alcoolique ou alcoolique de quinquina jaune; mais nous allons le retrouver en étudiant le *sulfate de quinine*, car je ne saurais terminer l'étude du quinquina sans parler de son alcaloïde.

Le sulfate de quinine est le médicament antifébrile; sans doute, administré à doses très-faibles, il agit comme tonique des voies digestives, mais son action est moindre que celle du quinquina et de plus il présente des inconvénients, car son contact irrite les muqueuses.

Le sulfate de quinine n'est le plus souvent donné qu'un très-petit nombre de fois, mais lorsqu'il s'agit de fièvres palustres rebelles il faut multiplier les doses, et c'est alors surtout qu'il faut compter avec la tolérance stomacale.

Parfois même cette tolérauce fait totalement défaut et les doses les plus faibles sont rejetées : il faut alors administrer concurremment l'opium ou même recourir à une autre voie d'absorption.

Il y a antidotisme certain entre l'opium et la quinine, il ne s'ensuit pourtant pas que leur association soit interdite : Ce qu'il faut se garder de faire, c'est de les mélanger à doses équivalentes; mais il est très-rationnel de faire précéder la préparation fébrifuge d'une petite quantité d'opium pour calmer l'estomac.

L'addition de teinture thébaïque ou de laudanum à une potion quinique me paraît devoir être rejetée; c'est préalablement que la substance calmante doit

être ingérée, ou, s'il est nécessaire d'associer les deux médicaments dans une même formule, c'est aux pilules additionnées d'extrait thébaïque que je donne la préférence.

Le sulfate de quinine s'administre en nature, à l'état dissout, en potion ou en sirop, en pilules, en lavements.

Solide, le sulfate de quinine a l'inconvénient de provoquer des sensations gastriques désagréables et si les doses sont répétées fréquemment, d'amener une véritable irritation.

Les doses fortes doivent être absolument proscrites et, au-dessus de vingt-cinq centigrammes, il y a nécessité de fractionner.

D'autre part, les doses minimes et multipliées augmentent l'action topique sur les voies digestives. — Il sera donc préférable d'adopter les préparations où le sel se trouve à l'état dissout, la rapidité et la sûreté d'action de ces dernières ne peut que confirmer cette manière d'agir.

La dissolutiou du sulfate de quinine s'opère grâce à l'addition de quelques gouttes d'un acide (surtout de l'eau de Rabel), on l'administre dans de l'eau sucrée généralement.

La saveur amère de la potion la fait quelquefois repousser, on peut alors prendre comme véhicule le café noir qui masque assez bien ce goût: il se forme il est vrai, du tannate de quinine, mais celui-ci ne tarde pas à se dissoudre dans l'estomac.

Cette préparation est sans contredit celle dont l'actiou est le plus énergique, aussi ne faut-il pas hésiter à la prescrire au début du traitement. Plus tard, lorsque, par exemple, l'accès fébrile sera coupé et qu'il ne s'agira plus que de prévenir des retours offensifs, on pourra tenir compte des répugnances du malade; mais, je le répète, à moins d'intolérance absolue, c'est par elle qu'il faut commencer.

Les pilules de quinine remplacent la potion lorsque celle-ci n'est plus nécessaire. Elles doivent être fraîchement préparées et molles.

Les pilules au miel sont certainement supérieures aux autres, les acides végétaux du miel aidant à la dissolution du sel quinique. La préparation exige une certaine habitude, car il est important de ne mettre que la quantité voulue de miel et de ne pas additionner la masse d'amidon ou d'autres poudres inertes.

On associe encore avantageusement le sulfate de quinine à l'extrait de quinquina jaune pour la préparation des pilules, et tel malade, qui n'éprouvera aucun effet de l'alcaloïde pur, verra son accès coupé grâce à ce mélange.

C'est encore aux pilules qu'on s'adresse dans les états cachectiques profonds, l'addition d'extrait de quinquina gris ou d'extrait de gentiane ajoutera à leurs propriétés toniques.

L'estomac supporte assez bien les pilules, pourtant s'il était nécessaire on incorporerait à la masse une petite quantité d'extrait thébaïque.

A quel moment convient-il de donner les préparations de sulfate de quinine?

Au moment des repas, la tolérance de l'estomac est plus grande; mais à jeun on obtient plus d'effet avec des doses moins fortes.

Il faut se guider sur la susceptibilité de l'organe et ne pas obéir à des règles absolues.

S'il est possible de le faire, on donnera la première dose à jeun et on continuera à intervalles réguliers sans se préoccuper des repas (potion). — Si au contraire l'estomac se fatigue, si surtout on se sert des pilules ou de la poudre il ne faut pas hésiter à attendre l'heure des repas.

Je n'ai pas à insister sur l'intervalle qui séparera chaque administration la méthode de Bretonneau et de Trousseau étant classique.

Il ne s'est agi jusqu'ici que de l'introduction du médicament par les voies digestives supérieures et nous avons vu que souvent il étati mal toléré de certains estomacs: que sera-ce donc si l'estomac est préalablement malade? s'il faut donner la quinine dans des cas de dyspepsie inflammatoire, de dyspepsie névrosique !

Il faut recourir à un autre voie d'absorption.

Ou donne le sulfate de quinine en lavement, c'est le moyen le plus vulgaire: après l'avoir dissout, on le mélange à une décoction de camomille ou même de pavot, s'il est nécessaire. On ne devra jamais faire entrer le café dans les lavements, car le tannate de quinine qui se forme dans le mélange ne saurait se dissoudre dans un milieu alcalin tel que le mucus intestinal.

Quelques chirurgiens militaires avaient employé les injections hypodermiques de sulfate de quinine, mais cette méthode n'était pas exempte d'inconvénients et elle n'aurait jamais pu entrer dans la pratique courante, si la découverte du bromhydrate de quinine, en changeant les conditions du problème, n'était venu lever tous les scrupules.

Lorsque les autres modes d'absorption devront être abandonnés, lorsqu'il y aura urgence et que l'absorption du médicament devra se faire rapidement, comme dans un cas de fièvre pernicieuse, le praticien ne saurait recourir à un moyen meilleur: il injectera donc le bromhydrate de quinine en s'entourant de toutes les précautions qui doiveut rendre cette injection absolument inoffensive.

Je ne m'arrêterais pas à *l'alcool*, si on n'avait pris depuis un certain temps l'habitude de le prescrire à *dose incendiaire*. Les médecins anglais ont, les premiers, donné des quantités considérables d'eau-de-vie aux phthisiques et peu à peu sont arrivés à donner l'alcool dans la plupart des maladies. Leur exemple a été suivi en France et actuellement l'alcool est un des médicaments les plus employés.

L'alcool s'administre sous forme d'eau-de-vie pure ou mitigée et sous forme de vins plus ou moins généreux.

En tant que préparation forte, l'alcool peut arrê-

ter les vomissements des tuberculeux, ceux des femmes enceintes.

Il stimule la contractilité de la tunique musculeuse de l'intestin et peut être utile dans la forme crampoïde de la dyspepsie névrosique. — De plus, en fluxionnant légèrement la muqueuse de l'estomac et en favorisant la sécrétion du suc gastrique, il facilite la digestion dans les cas d'atonie de l'organe.

C'est toujours à petites doses et à la fin des repas qu'on le conseillera sous forme d'eau-de-vie ou de liqueurs, telles que la chartreuse, le curaçao, dont les principes aromatiques accroîtront encore son action.

Mais il ne faut pas oublier que les doses massives irritent la muqueuse, coagulent le mucus, entravent l'action de la pepsine et arrêtent la digestion, pouvant même amener des dyspepsies avec acor, pyrosis, etc...

C'est assez dire qu'on devra s'abstenir de la façon la plus absolue dans la dyspepsie catarrhale, de même que dans les formes douloureuses ou irritatives.

Ce sont là les seules indications qui réclament l'alcool à l'état de concentration; dans tous les autres cas, c'est aux préparations mitigées qu'il faudra s'adresser.

On ne saurait adopter la méthode préconisée par Todd, dans les affections pyrétiques, méthode qui consiste à donner au malade une cuillerée d'eau-de-vie toutes les heures ou toutes les deux heures. — La potion, dite de Todd, contenant l'eau-de-vie mélangée à de l'eau sucrée ou à tout autre véhicule est sans contredit préférable : c'est celle que conseillait Béhier et celle qui est généralement adoptée. La tolérance de l'estomac est alors beaucoup plus grande et on évite ces sensations de brûlure à l'épigastre si pénibles pour le malade.

Gubler introduisait dans la potion le sirop d'écorces d'oranges amères, le sirop de quinquina et parfois aussi le sirop de morphine remplissant ainsi les indications diverses qui pouvaient se présenter.

L'addition d'extrait mou de quinquina gris doit encore être recommandée : on obtient ainsi une potion tonique très-facilement acceptée par l'estomac.

Mais c'est surtout sous forme de vin que l'alcool sera conseillé : la multiplicité des *crûs* permet de varier la force alcoolique en même temps que les divers *bouquets* satisfont le goût particulier du malade.

Ce sont les vins et non pas l'alcool qu'il faudra prescrire dans les cachexies diverses, dans les convalescences, toutes les fois qu'il faudra restaurer un organisme débilité.

C'est encore aux vins qu'il faudra recourir pour les femmes, pour les enfants, pour les estomacs fatigués. Mais ici encore il faudra proscrire de la façon la plus absolue les vins artificiellement alcoolisés et se rappeler qu'on donne un aliment bien plutôt qu'un médicament.

Dr A. Gassot.

(A suivre.)

SUR LA MOBILISATION ET L'IMMOBILISATION DANS LES MALADIES ARTICULAIRES

Une importante discussion est née à la société dn chirurgie à la suite d'un mémoire de M. Verneuil sur la mobilisation et l'immobilisation, dans les maladies articulaires.

Nous allons essayer de la résumer pour nos lecteurs en nous servant des discours mêmes des orateurs qui ont pris part à cette discussion.

Selon M. Verneuil, c'est une erreur de chercher à mobiliser les articulations malades dans le but d'éviter l'ankylose ; car, l'immobilisation, quelque prolongée qu'elle soit, ne peut pas elle-même déterminer l'ankylose, celle-ci n'étant au contraire que le résultat des désordres amenés par l'inflammation ; le meilleur moyen d'éviter l'ankylose, c'est de prolonger l'immobilisation, puisque l'immobilité est, pour les articulations enflammées, le meilleur antiphlogistique.

M. Verneuil a décrit, sous le nom d'ankylophobie, cette crainte des conséquence de l'immobilisation dans les maladies articulaires.

Les opinions de M. Verneuil ont été vivement combattues par plusieurs de ses collègues et notamment par M. Le Fort.

Si les idées de M. Verneuil, a dit M. Le Fort, n'eussent pas été combattues, comme elles l'ont déjà été à cette tribune par plusieurs de nos collègues, à côté de la classe des ankylophobes, classe heureusement des plus nombreuses, il s'en élèverait une autre, celle des *ankylophiles*.

Lorsqu'il s'agit d'un clinicien de la valeur de M. Verneuil, les opinions thérapeutiques, en apparence les plus dangereuses, sont tellement tempérées dans la pratique par la prudence, la sagacité et l'expérience de leur auteur, que dans ses mains habiles presque tout danger disparaît. Mais, lorsque ces idées sont appliquées par d'autres avec la rigueur que demande le maître, sans que le disciple sache discerner suffisamment les contre-indications, tout le danger subsiste.

Lorsque M. Gosselin voulant, à tort suivant moi, conseiller la longue persévérance dans le taxis, introduisit dans le langage chirurgical l'expression *taxis forcé*, il savait quelles limites de temps, de puissance et d'efforts il devait s'imposer dans le taxis. Entre ses mains la méthode perdait une grande partie de son danger; mais, que de morts a amené dans des mains moins habiles l'application rigoureuse, et souvent exagérée, de la règle posée par le professeur de la Charité!

De même les idées émises par M. Verneuil, en inspirant aux praticiens une fausse sécurité, en les engageant à prolonger outre mesure la durée d'application des appareils inamovibles, pourrait amener bien des malheurs, en privant de nombreux malades de l'usage d'une articulation rendue rigide, alors qu'on aurait pu lui conserver la plus grande partie de ses mouvements.

M. Verneuil décrit une classe particulière de chirurgiens qu'il appelle *ankylophobes* qui, « avancent que l'immobilité prolongée d'une articulation peut en altérer la structure jusqu'à y produire l'ankylose, et conséquemment restreignent au temps le plus court cette immobilité. » A côté se rangent les *éclectiques,* qui tous, à l'exemple de Bonnet (de Lyon), « après avoir renfermé pen-« dant un certain temps les jointures malades « dans les bandages inamovibles qui semblent les « enraidir, prennent soin, lorsque le moment « leur paraît venu, de les mobiliser artificielle-« ment avec les mains ou les machines pour y « ramener la souplesse. » Les ankylophobes, dit M. Verneuil « ont négligé de faire cette remarque « banale que les affections articulaires sont trop « différentes les unes des autres, pour qu'une « même cause y puisse toujours engendrer les « mêmes effets. » Plus loin : « outre la faute « qu'ils commettent en plaçant sur le même ni-« veau toutes les arthropathies, les ankylophobes « ont de plus le tort de confondre les divers gen-« res d'immobilisation articulaire. »

Plus loin encore : « tandis que nous prenons soin « de distinguer les causes de l'ankylose en in-« trinsèques et en extrinsèques suivant qu'elles « résident dans l'articulation ou en dehors d'elle, « tandis que parmi les affections articulaires elles-« mêmes, nous distinguons celles qui donnent sou-« vent ou rarement et celles qui ne donnent jamais « lieu à l'ankylose et que, sur ces notions, nous « établissons une thérapeutique rationnelle, variée « comme les indications à remplir, les ankylo-« phobes opposent invariablement leurs manœu-« vres à tous les cas, si disparates qu'ils soient. »

La véritable question, dit M. Le Fort, se pose ainsi : 1° l'immobilité, longtemps prolongée, compromet-elle sérieusement les mouvements de l'articulation immobilisée? M. Verneuil dit non, je dis oui. 2° La mobilisation naturelle, spontanée, peut-elle rendre à l'articulation enraidie la liberté, l'intégrité des mouvements? M. Verneuil dit oui, je dis non, pour la plupart des cas. 3° Les mouvements communiqués, faits avec prudence et sagacité, peuvent-ils prévenir les raideurs articulaires? M. Verneuil dit non, je dis oui. — Suivons M. Le Fort dans son argumentation.

L'immobilisation prolongée peut-elle compromettre les mouvements d'une articulation saine?

« En ce qui touche les jointures saines, dit « M. Verneuil, j'affirme qu'il n'existe pas dans la « science un seul fait prouvant que l'immobilité, « si prolongée qu'elle soit, en ait amené l'an-« kylose. » M. Verneuil reconnaît cependant que la simple immobilisation d'une articulation saine peut y amener des modifications anatomiques : « diminution de l'étendue des surfaces de glisse-« ment et dans l'épaisseur des couches de carti-« lage; réduction de capacité des sacs synoviaux; « synovie moins abondante, etc.; et des change-« ments fonctionnels : rigidité des membres, li-« mitation des mouvements, etc. Certainement, « aussi, après que les causes de l'immobilisation « seront supprimées, il faudra un certain laps de « temps et une certaine quantité d'exercice pour « restaurer complètement le jeu articulaire; mais « il n'y a rien là qui puisse être assimilé à l'an-« kylose. »

Sans doute, il n'y a rien là qui puisse être assimilé à l'ankylose vraie ; mais cela, malheureusement, peut être assimilé aux ankyloses fausses, aux raideurs articulaires, puisque le malade, par le fait de cette immobilisation prolongée, aura perdu la mobilité de son articulation. S'il a la bonne fortune de tomber, lorsqu'il en sera temps encore, entre les mains d'un ankylophobe, celui-ci réparera le mal fait par l'ankylophile; mais mais s'il n'a pas cette bonne fortune, si, au prix de très-vives douleurs, il ne rétablit pas, par lui-même et par la force, les mouvements compromis, ces mouvements seront définitivement perdus.

Lorsqu'on immobilise, pour un mois ou six semaines, un membre atteint de fracture, ce n'est pas seulement dans l'intérieur de l'articulation, mais autour de la jointure, que se passent aussi les phénomènes qui amèneront les raideurs articulaires. On sait que les tissus, qui composent notre corps, ont une tendance constante à la rétraction, car tous, sauf les os, sont plus ou moins doués d'élasticité et beaucoup sont doués de rétractilité. Si une articulation est immobilisée dans l'extension ou dans la flexion, certaines parties, étant relâchées, se raccourciront et on ne pourra les rendre à leur longueur normale sans employer la force et sans causer des douleurs.

Ainsi quand un chirurgien immobilise le membre supérieur, fractures du bras, du coude, de l'olécrâne, du radius, phlegmons du bras ou de l'avant-bras, presque toujours, malgré les recommandations si souvent répétées de Malgaigne, il laisse les doigts dans l'extension et l'on rencontre, encore aujourd'hui, dit M. Lefort, ce détestable

appareil qu'on appelle une palette.

Or, après que, pour une cause ou pour une autre, les doigts auront été immobilisés pendant deux ou trois semaines dans cette position, leur aspect sera plus ou moins profondément modifié, les plis dorsaux auront disparu, la peau sera devenue unie, presque lisse, le doigt aura plus ou moins la forme d'un cylindre.

Si on dit alors au malade de fléchir les doigts, il ne le pourra pas, et si vous-même vous cherchez à les fléchir de force, on y parviendra sans doute, car, en effet, il n'y a pas d'ankylose, mais ce sera au prix d'excessives douleurs. Souvent la fracture consolidée, le malade sort de l'hôpital guéri de sa fracture, mais estropié de la main. Et cependant, rien n'eût été plus facile que d'éviter cette sérieuse complication : il eût suffi au chirurgien, s'il avait été ankylophobe, de placer les doigts de son malade dans la demi-flexion et, pour plus de sécurité, de les lui fléchir complètement tous les quatre ou cinq jours, ce qui n'éveille alors aucune douleur et n'a même aucun inconvénient.

Dans les fractures du membre inférieur et en particulier pour celles de la cuisse, le chirurgien, qui n'attache aucune importance aux raideurs articulaires, laisse le membre dans l'immobilité complète pendant tout le traitement, et il la prolonge d'autant plus qu'il ne voit dans l'immobilisation que des avantages sans inconvénients.

L'ankylophobe, au contraire, dès qu'il sait la consolidation en grande partie effectuée mais non encore terminée, se préoccupe des mouvements ultérieurs du genou. A partir de la cinquième semaine, s'il y a pas eu de complication, il déplace avec précaution l'appareil, consolide avec ses mains, placées en guise d'attelles, les fragments qu'on peut croire insuffisamment réunis et, avec des précautions plus grandes encore, soulève la cuisse, en abandonnant la jambe à son propre poids, afin de déterminer une légère flexion du genou. Le mouvement exécuté, il ne le répète pas immédiatement et replace l'appareil pour recommencer quelques jours plus tard, en donnant progressivement aux mouvements une étendue de plus en plus grande. Telle est la pratique de M. Lefort.

M. Le Fort arrive à cette conclusion que l'immobilisation longtemps prolongée d'une articulation saine, ou relativement saine, amène des raideurs articulaires, qui altèrent pour un temps variable et quelquefois pour toujours les fonctions du membre, qui ne disparaissent que par un traitement ultérieur fait par le chirurgien ou par le malade lui-même, et qui ne cèdent qu'au prix de douleurs assez vives. Ces raideurs, dans le plus grand nombre des cas, ne se seraient pas montrées, si le chirurgien, suffisamment ankylophobe, avait, par quelques mouvements communiqués, empêché la rétraction des tissus péri-articulaires relâchés par la position donnée aux membres.

Tous les chirurgiens agissent de la même manière. On immobilise l'articulation, mais en ayant soin de donner au membre une position telle qu'il puisse, après la guérison de la fracture, rendre le maximum de service. On fléchit le coude à angle droit, on maintient la jambe dans une extension à peu près complète. Mais après la consolidation de la fracture? Faut-il se contenter de l'ankylose obtenue dans une bonne situation du membre! faut-il, au contraire, chercher par des mouvements communiqués au moyen d'une machine, à retrouver une partie des mouvements? Contrairement à l'opinion soutenue par MM. Verneuil et Berger, M. Le Fort répond par l'affirmative.

Dans les cas où une articulation a été touchée par une fracture siégeant dans son voisinage immédiat, ou par une fracture en rapport direct avec la jointure, mais simple comme est celle de l'olécrane ou de la rotule, on immobilise l'articulation malade, mais les opinions diffèrent encore dans la seconde partie du traitement. « Dans les fractures « de la rotule, dit M. Verneuil, l'articulation est « lésée, et l'on prolonge souvent l'immobilisation « pendant plusieurs mois ; cependant l'ankylose « n'a pas lieu... Au coude, si les lésions sont minimes, comme en cas de fracture transversale « de l'olécrane, on peut placer simplement l'avant-« bras dans l'extension pour rapprocher les frag-« ments et l'immobiliser dans cette attitude pen-« dant tout le temps nécessaire, sans se préoccu-« per d'une ankylose qui n'est pas à craindre. A « l'ablation de l'appareil, le membre est quelque « peu raide et les mouvements de flexion limités; « *au bout d'un ou deux mois* tout est revenu « dans l'ordre ou *à peu près.* »

Ainsi il faut près deux mois de convalescence et encore les choses sont seulement à *peu près,* dans les cas heureux, revenues dans l'ordre. N'est-ce donc rien, dit M. Le Fort, pour un malade, que de voir l'impuissance relative de son membre prolongée de deux mois après la guérison de la fracture? Peut-on lui éviter de sérieux inconvénients?

S'il s'agit d'une fracture de la rotule, lorsque vers le trentième, le quarantième jour, la solidité du cal lui paraît suffisante, M. Lefort enlève l'appareil, pose le membre étendu sur le lit, il saisit solidement avec deux doigt de la main droite la rotule qu'il repousse en bas, en même temps q

glissant le poing gauche fermé dans le jarret, il se contente de soulever et de fléchir légèrement le genou. Il ne fait ce mouvement qu'une seule fois par séance ; mais cette séance, il la renouvelle à quelques jours d'intervalle en prenant les mêmes précautions, mais en augmentant peu à peu l'étendue des mouvements.

S'il s'agit d'une fracture de l'olécrâne, il place l'avant-bras dans l'extension, mais après une quinzaine de jours, quelques jours après il lui substitue une attelle à angle moins ouvert et, en général, il est arrivé à l'angle droit vers le trentième jour. Chacun de ces changements de position se fait avec douceur et en soutenant des doigts l'olécrâne, il lui est arrivé souvent de voir les mouvements librement conservés, lorsque, vers le quarantième jour, il cessait la contention ; il affirme que, dans la plupart des cas, cette liberté des mouvements était rétablie, non pas à peu près, mais complètement; non pas un ou deux mois, mais quinze à vingt jours après l'enlèvement de l'appareil.

DE L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS.

Je n'ai pas l'intention de répondre longuement à la lettre du Dr Saint-Arroman, mais je tiens cependant à attirer l'attention de nos lecteurs sur quelques points spéciaux.

Tout d'abord nous ferons remarquer que les idées que nous avons exposées et développées, ont été exprimées d'abord par le Dr J. Grangé, et défendues par lui à la Société française d'Hygiène. Là, elles ont reçu la complète approbation de beaucoup de nos confrères et entre autres du Dr Guibout. De plus il y a quelque temps dans une leçon du professeur Parrot, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* nous avons pu constater que l'éminent clinicien préférait le lait pur au lait coupé. Enfin récemment le Dr Wehrling a publié sur ce sujet un travail très-bien fait et très-consciencieux dans lequel il arrive aux mêmes conclusions que le Dr Grangé. Or tous ces savants confrères ont publié la question au point de vue clinique autant qu'au point de vue chimique, et ils affirment avoir obtenu d'excellents résultats de ce genre d'alimentation.

M. Saint-Arroman dit que ce n'est pas dans les laboratoires de chimie que nous apprendrons à alimenter les nouveau-nés.

Comment M. Saint-Arroman peut-il conseiller alors de couper le lait de vache, écrémé, au trois quarts parfois, s'il n'était guidé dans sa manière de faire par cette idée, que nous regardons comme fausse, de la trop grande richesse du lait de vache ? Ou bien c'est en se guidant sur une analyse chimique, ou bien, c'est sur une simple vue de l'esprit touchant la constitution analytique du lait que M. Saint-Arroman agit. De quel droit se plaint-il qu'on analyse un aliment *naturel* avant de s'en servir afin de déterminer sa richesse nutritive ? Il est évident que si du laboratoire de chimie, il sortait une farine quelconque composée en vue d'alimenter les nouveau-nés, nous serions d'accord avec M. Saint-Arroman pour réclamer contre cette usurpation du laboratoire.

Lorsque les chimistes ont analysé l'air et ont montré qu'il était formé d'azote et d'oxygène, ils n'ont pas fait sortir pour cela la respiration d'un laboratoire. Mais, nous avons appris aussi quelles étaient les qualités d'un air respirable.

Quant au reste de la lettre de M. Saint-Arroman, nous n'y avons vu que des affirmations. M. Saint-Arroman dit avoir toujours eu à se louer de sa manière de procéder, nous en sommes convaincu puisqu'il l'assure, mais nous ne saurions, quant à nous, engager nos confrères à suivre une telle pratique. Songez à la quantité de matières nutritives contenue dans du lait, d'abord *écrémé*, puis coupé au trois quarts, à la moitié, ou au tiers !

Dr P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur et très-honoré confrère,

En fondant votre journal, et en faisant appel au concours du plus grand nombre possible de médecins pour vous aider dans votre œuvre, votre pensée a été non-seulement de créer un journal de science et de pratique, mais surtout un organe de publicité, destiné à soutenir et à défendre les intérêts professionnels. Inscrit au nombre des fondateurs médecin en exercice depuis vingt-sept, ans, j'ai lu avec le plus grand intérêt les articles scientifiques, qui je me plais à le reconnaître, sont puisés aux meilleures sources ; mais mon attention s'est surtout portée sur la chronique professionnelle qui est appelée, je crois, à donner le plus d'attraction à votre journal et à remplir une lacune dans l'éducation du médecin.

En effet, jusqu'à présent, le jeune homme arrive dans la pratique médicale, la tête pleine de science et de formules, le cœur plein de zèle et de bonne volonté, mais sans notions suffisantes de ses devoirs et surtout de ses droits dans l'exercice de sa profession.

Pour ses devoirs, tout se borne à une formule banale de dévouement qu'on a toujours rencontré dans le corps médical; quant aux droits, ils n'ont aucune sanction sérieuse et reposent uniquement sur d'anciennes habitudes très-variables selon les localités, et qui n'ont plus raison d'être, et enfin, sur quelques articles d'une loi surannée, qui, dans nos rapports avec la justice, nous met dans une situation ridicule d'infériorité.

Mon intention n'est pas aujourd'hui d'envisager l'exercice de la médecine d'une manière générale, mais je désire surtout donner quelques considérations sur la médecine rurale dans les trois cas suivants : 1. Assistance médicale gratuite, 2. rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels, 3. rapports des médecins avec la justice.

I. — *Du service médical gratuit dans les campagnes.*

Ce service qui a été adopté dans la plus grande partie des communes rurales de France, fonctionne d'une manière très-différente dans les départements. Trois systèmes sont en présence : 1. On attribue à un ou deux médecins d'un canton tous les malades indigents de ce canton en lui donnant une rémunération très-faible, variant entre 300 et 500 francs, basée sur l'allocation des communes, sans tenir compte de la distance et du nombre des indigents. Il en résulte cette conséquence forcée que chaque année, le maire et les conseillers municipaux de chaque commune dans des élans d'une charité qui est très-louable ou dans un but électoral qui l'est moins, amplifient cette malheureuse liste d'indigents pour la plus grande gloire du médecin

cantonal, auquel il est réservé un droit de contrôle ou *de veto* tout à fait illusoire. Qu'advient-il avec une pareille organisation? C'est que le médecin surchargé outre mesure, devant donner ses soins à mille ou douze cents indigents à une distance de dix à quinze kilomètres, s'abstient de plus en plus de faire des visites et se borne à donner des consultations dans son cabinet. Jusqu'à ce que des plaintes nombreuses et réitérées des maires et conseillers municipaux fassent révoquer ce *pauvre fonctionnaire* et donner cette *maigre* place à un confrère plus jeune et plus plein du zèle et du feu sacré de la profession.

2. Le médecin est rétribué selon le nombre d'indigents inscrits, soit à raison de 2 francs par tête et par année ; c'est là une base beaucoup plus juste et plus convenable ; malheureusement MM. les maires et conseillers, trop soucieux des deniers de la commune ne mettent sur la liste que les gens valétudinaires, infirmes ou atteints de maladies chroniques, en excluant tous les membres de la même famille qui leur paraissent valides ; il en résnlte que le médecin appelé dans la maison sur invitation de M. le maire ou de M. le curé, pour donner ses soins à son indigent invalide, trouve bien souvent sous le même toit un ou deux malades, auxquels il lui serait difficile, pour ne pas dire impossible de réclamer un salaire pour déplacement ou visite. Il y a donc encore là un autre mode d'exploitation du dévouement médical.

3e Le médecin ou les médecins chargés du service sout payés à la visite sur la présentatiou de bons de visite signés à la mairie et fixés d'après un tarif basé sur la distance kilométrique (habituellement 1 jour par kilomètre), opérations ou consultations jugées à part et en sus. C'est là, certainement le système le plus libéral et le plus juste, et qui donne le plus de satisfaction aux médecins et aux malades. Malheureusement il est impraticable ou du moins très-difficilement accepté par les conseils généraux parce qu'il n'a pas de base fixe pour les évaluations budgétaires.

Le système le plus pratique me paraît donc être le second en le modifiant, c'est-à-dire en faisant figurer sur la liste non-seulement le chef ou une des personnes d'une famille, mais bien toute la maison en y comprenant la femme et les enfants. Les honoraires du médecin ne pourraient être inférieurs à *un franc* par tête et par an pour la commune où il réside et à deux francs pour celles comprises dans la circonscription. Avec cette organisation on arrête immédiatement les abus que je signalais, car les communes étant chargées de s'imposer pour payer le médecin, les administrateurs seront obligés de compter avec les ressources de chaque commune. Quant à la question pharmaceutique, et à l'insuffisance des fonds votés pour cet objet, je me bornerai à faire cette réflexion : que le médecin ne doit pas être entravé dans ses prescriptions médicales par l'insuffisance des fonds alloués pour cette destination. Que le médecin cantonal n'ordonne pas de spécialité et se renferme absolument dans les médicaments inscrits au codex, rien de plus juste et de plus conforme à la dignité médicale ; mais si, pour remplir son rôle de médecin des pauvres, il ne prescrit pas tous les remèdes nécessaires au rétablissement de ses malades, le service médical des indigents, au lieu d'être pour lui un titre à la confiance de ses clients, le fera rapidement tomber en discrédit. Le seul parti à prendre, c'est de prescrire quand même lorsque le besoin se fera sentir, sauf à faire augmenter le crédit chez le pharmacien ou à faire diminuer le chiffre des indigents portés sur la liste première catégorie, c'est-à-dire ayant droit aux remèdes. Pour mon compte personnel, je suis sur la brèche depuis quelques mois seulement et je suis bien déterminé à obtenir des réformes dans ce sens, ou à abandonner une charge qui met le médecin à la merci de MM. les maires, conseillers municipaux et de tous les gens qu'il leur plaît de porter sur la liste des indigents.

Je crois devoir ajouter que, dans la distribution du service médical gratuit, il serait à désirer que l'administration choisit pour médecin un de ceux qui se trouvent les mieux placés pour faire le service sans trop de déplacement, autrement dit qu'elle fasse des circonscriptions délimitées par un rayon de dix à douze kilomètres au plus, sans tenir compte du changement de canton ou même du changement de département. En un mot, dans cette question qui est tout à fait d'intérêt local, il serait à désirer qu'on laissât plus de latitude d'initiative aux communes pour la direction de leur service médical. Cette latitude donnerait plus de facilité à chaque commune pour l'organisation de la mutualité et des services de société de secours mutuels, qui tendent à s'organiser partout, même dans les campagnes les plus reculées.

Ces considérations m'amènent naturellement à aborder ce second sujet : *des sociétés de secours mutuels;* si les médecins doivent défendre leurs intérêts quand il s'agit du service médical des indigents, à plus forte raison ils doiveut s'entendre et réagir contre les prétentions des sociétés de secours mutuels qui finiront par envahir la clientèle la plus fructueuse pour les médecins et par leur rendre l'exercice de la profession de plus en plus pénible et même impossible.

Depuis vingt-deux ans, je suis un des médecins d'une société de secours mutuels dans la ville que j'habite : cette société compte près de 400 membres participants; les honoraires médicaux ont été fixés à 4 francs par membre y compris la femme et les enfants mineurs, non compris toutefois les opérations et visites en consultation. Chaque sociétaire choisit au commencement de l'année le médecin qui lui plaît parmi les quatre praticiens ayant adhéré aux statuts. Cette organisation, très-libérale et donnant toute satisfaction aux sociétaires pour le choix de leur médecin, est parfois onéreuse et pénible pour le médecin choisi par des clients grincheux et d'autant plus exigeants que leur bien-être a augmenté. C'est pour cette raison que plusieurs fois déjà j'ai fait la proposition de modifier le règlement en faisant décider en assemblée générale que, tout sociétaire reconnu comme étant dans une position de fortune riche ou aisée, par son industrie ou par ses revenus, soit rayé comme membre participant et soit mis en demeure de devenir membre honoraire, c'est-à-dire exclu de tout secours médical, pharmaceutique, ou pécuniaire. Cette proposition accueillie favorablement par tous les membres honoraires, est acceptée seulement par quelques sociétaires sensés et qui ont encore assez de pudeur pour comprendre le véritable but de ces associations.

En regard de cette société, une autre s'est formée qui procède autrement vis-à-vis des médecins et les paye avec des bons de visite à tarif réduit, c'est-à-dire un franc, ou diminution de moitié sur le prix habituel. Je ne ferai qu'une objection à ce système; il garantit l'indépendance et la liberté des malades et des médecins, mais il n'offre à ces derniers aucune compensation au sacrifice pécuniaire, autrement dit, à la réduction qu'ils veulent bien faire sur leurs honoraires habituels. Qu'arrive-t-il en effet le plus souvent? C'est que les visites ne se font que sur la présentation des bons et que dans le cours d'une maladie, le malade change plusieurs fois de médecin.

En résumé, voici les bases qui me sembleraient les plus convenables pour la rémunération des soins médicaux dans les sociétés de secours mutuels.

1. Par abonnement pour un sociétaire seul, non compris les opérations et les soins à donner à la femme et aux enfants : *quatre francs par tête* et par an dans un rayon de un à deux kilomètres au plus.

2. Par visite, à raison d'un franc par kilomètre avec le prix de la visite en plus, ce prix ne pouvant être

au-dessous de deux francs comme pour la consultation. Je crois devoir ajouter que toute visite de nuit ou consultation doit être payée double.

Si j'insiste sur tous ces détails, c'est que les sociétés de secours mutuels tendant à s'organiser partout, même dans les campagnes éloignées, il est de toute nécessité que les médecins soucieux de leurs intérêts et de leur dignité adoptent d'un commun accord des prix suffisamment rémunérateurs de leur labeur; car avant peu de temps ils seront presque forcés dans bien des cas de se baser sur ces tarifs pour leur clientèle habituelle. Du reste les sociétés de secours mutuels ne sont autre chose que des contrats d'assurances visant principalement les soins médicaux; nous devons donc avoir des bases fixes et sérieuses pour traiter avec elles, autrement, en amoindrissant notre rôle, en enchaînant notre indépendance, et en uous mettant en concurrence à prix réduits, elles escompteront notre diplôme et s'enrichiront à nos dépens.

III. — *Des rapports des médecins avec la justice.*

Deux cas peuvent se présenter : 1. Le médecin intervient à titre officieux dans l'exercice de sa profession pour constater et guérir des plaies ou blessures sur la demande du blessé ou d'un tiers intéressé. Plus tard, il est appelé à produire un certificat ou rapport constatant le genre et la gravité des lésions et la durée de l'incapacité de travail, pour que le tribuual ait à statuer sur la question de dommages-intérêts; en un mot il s'agit simplement d'une affaire de la compétence du tribunal civil ou du juge de paix.

Dans ce cas évidemment le médecin n'est soumis à aucune taxe et il peut prêter ou refuser ses services. Quelle doit être sa conduite et sur quelles bases doit-il fixer ses honoraires?

Voici pour mon compte personnel la règle que j'ai adoptée : Toutes les fois qu'un blessé, quel qu'il soit, me demande un certificat pour intenter une action de dommages-intérêts, je lui fais comprendre le plus ou moins de fondement de la demande et je ne lui délivre de rapport qu'en lui faisant verser *immédiatement* le prix du certificat et des visites ou opérations que j'ai faites dans cette circonstances. Si j'insiste sur ce procédé un peu draconien de se faire rétribuer, c'est que j'ai toujours vu le paiement de ces honoraires contesté et repoussé plus tard par les deux parties. Quel doit être le prix de ces certificats ou rapports? J'ai toujours pensé qu'il ne devait pas être au-des sous de *dix francs* et qu'il pouvait ctre porté à cinquante francs et plus selon l'importance de la cause : il y a là en effet une très-grande responsabilité pour le médecin qui remplit dans certains cas un rôle délicat, difficile et amoncelle souvent sur sa tête bien des récriminations et des haines durables.

Dans le même ordre d'idées, je dois signaler une autre circonstance où le médecin est appelé à remplir un rôle très-important et très-délicat. Voici du reste un exemple à l'appui et qui est tout-à-fait de l'actualité :

Le 20 du mois de janvier dernier, je fus appelé par ministère d'huissier à comparaître comme *témoin* devant le tribunal civil de Charolles (Saône-et-Loire), dans un procès pour invalidation d'un testament fait par un homme considéré comme atteint de manie et menacé d'interdiction. Cet homme est mort depuis un an au moins et la seule visite que je lui ai faite comme médecin date de trois ans. Ce vieillard a fait son testament par devant notaire une année après ma visite, et après avoir été visité le jour même par un confrère qui l'a trouvé dans un état de lucidité suffisante pour pouvoir dicter ses dernières volontés. Voici donc deux médecins assignés par les deux parties pour donner leur appréciatiou sur un cas litigieux, et obligés de baser leur opinion différente sur une visite faite à un an de distance au même malade, en un mot, voici deux médecins parfaitement d'accord, du reste, forcés d'entrer en lutte, pour ainsi dire en hostilité, l'un plaidant la folie, l'autre plaidant la raison. Mais passons sur les désagréments du rôle difficile qui nous est imposé : j'arrive à la question capitale pour les intérêts professionnels.

Malgré toutes nos protestations et avant notre déposition, si le juge d'instruction persiste à nous assimiler à de simples témoins et à nous taxer (suivant le tarif dérisoire appliqué en matière criminelle) à raison de 2 fr. 50 par myriamètre, soit *20 francs* pour quatre-vingts kilomètres parcourus, une journée et une nuit passées en voiture par un froid de dix degrés, frais de transport et de voyage pour chacun de nous : trente-quatre francs; devions-nous éviter pareille corvée et, à l'exemple du curé de la commune, nous retrancher derrière le secret professionnel? sommes-nous autorisés dans le cas particulier à avoir notre recours contre chacun des plaideurs qui nous ont mis en présence et en lutte pour les besoins de leur cause?

Par la première interprétation pouvions-nous éviter une amende et forcer chacun de nos clients à rémunérer plus convenablemeut nos témoignages qui étaient selon les juges l'élément principal de l'enquête?... Je crois devoir ajouter pour l'édification de mes lecteurs : *adhuc sub judice lis est.*

2. J'arrive aux réquisitions des médecins par la justice criminelle, ou par les agents de police judiciaire ou administrative. Dans tous ces cas, nous ne pouvons pour le moment que nous incliner devaut le tarif dérisoire qui nous est imposé, en nous faisant taxer de suite par le fonctionnaire qui nous requiert, sous la rubrique de *frais urgents*. C'est là, la seule protestatiou qui nous soit permise jusqu'à ce que nos confrères à la Chambre et au Sénat se fassent l'écho de nos plaintes et de nos doléances, et obtiennent pour nous une rémunération plus juste et plus en rapport avec l'importance de notre rôle dans les cas de médecine légale.

En résumé voici nos conclusions :

Que chacun des abonnés du *Concours Médical* réponde à l'enquête qui est commencée sur les questions d'intérêt professionnel. Que chacun vienne mettre une pierre à l'édifice, afin que de la réunion de tous ces documents émanant des différents points de la France, on puisse composer un code professionnel sérieux, qui guide les jeunes médecins dans l'exercice de notre pénible profession. C'est alors qu'on pourra établir dans chaque arrondissement et même dans chaque cauton, des *syndicats médicaux*, chargés de veiller à l'exécution des réglements ou statuts, de défendre les intérêts de la profession. Quant au gouvernement, il nous fait payer assez chèrement notre diplôme et notre droit d'exercice pour nous aider à le protéger et pour nous attribuer des honoraires plus convenables dans nos rapports avec la justice.

Dr Béraud.

— Dans le *Lyon médical*, le Dr Aubert s'élève, avec raisou, contre le préjugé qui protège les poux sur la tête des eufants, comme peu nuisibles et même comme utiles à la santé. Dans les écoles, le contact est une cause active dans leur propagation, et la statistique démontre que la proportion des enfants complètement indemnes n'atteint pas 10 %.

A ce propos, mes confrères savent que l'administration établit en ce moment une inspection médicale mensuelle des écoles primaires. Nous accepterons tous cette tâche nouvelle, mais bien entendu avec une rétribution convenable. Nous ne pouvous admettre qu'un déplacement mensuel et une inspection convenablement faite d'un personnel souvent uombreux, soit encore une fois mise à la charge du corps médical. C'est ce qu'a décidé pour son département *l'asso-*

ciation locale de l'Oise. Cette inspection nous permettra de réagir énergiquement et avec efficacité contre le sordide préjugé signalé ci-dessus.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS FRAICHES DE PANCRÉAS DANS LE TRAITEMENT DES DYSPEPSIES

Vers la fin de l'année dernière M. Vulpian a fait part à l'Académie de médecine des résultats des recherches d'un de ses élèves, M. Mourrut, sur l'*action des ferments digestifs employés dans le traitement des dyspepsies*. Ces résultats avaient une portée pratique considérable ; ils ne tendaient à rien moins qu'à démontrer l'inéfficacité des préparations dites *eupeptiques*, à base de diastase, de pancréatine, de trypsine, etc., qu'on débite sous forme de vins et d'élixirs. Chacun sait de quelle faveur jouissent aujourd'hui les spécialités pharmaceutiques en général. Si d'ailleurs on songe combien peu avancée est encore à l'heure actuelle l'étude des dyspepsies, affections dont la pathogénie nous échappe entièrement ou à peu près, on s'expliquera la prédilection des médecins pour les préparations eupeptiques visées plus haut. Aujourd'hui que les idées chimiatriques envahissent de plus en plus le domaine de la pathologie, il est tout naturel que les ferments digestifs artificiels passent, aux yeux de beaucoup de gens, pour des remèdes infaillibles contre toute espèce de dyspepsie. Il semble, en effet, que l'association de telles préparations à nos aliments rendent en quelque sorte inutile l'intervention des sécrétions naturelles dans l'acte digestif, l'estomac et l'intestin étant assimilés à une cornue, comme on n'est que trop disposé à le faire.

Or, si nous nous reportons à la communication de M. Vulpian, nous avons à constater d'abord que les ferments digestifs, tels que la pepsine, tenus en suspension dans un liquide, se trouvent précipités en majeure partie par l'addition d'alcool, même sous une forme très-diluée (vin de Bordeaux). Puis, en ce qui concerne en particulier les ferments pancréatiques, les recherches de M. Mourrut démontrent ce que l'on savait déjà, que ces ferments, mis en présence du suc gastrique, perdent leur propriétés digestives, et cela d'une façon durable, lorsque le mélange a été soumis à l'action d'une température de 38° à 40° pendant deux heures. D'où il faut conclure qu'il est absolument déraisonnable d'associer, dans une même préparation, la pepsine, la diastase et la pancréatine, la première ne pouvant agir que dans un milieu acide qui anéantira les propriétés des deux autres ferments. On ne saurait d'ailleurs attendre un effet quelconque des ferments pancréatiques administrés par la bouche, puisqu'ils perdent à toutjamais leur énergie digestive, par le seul fait de leur séjour dans l'estomac.

Pourtant des observateurs consciencieux et dignes de foi ont publié des faits probants de troubles digestifs graves guéris grâce à l'administration *per os* de pancréas frais provenant d'animaux de boucherie. Nous citerons entre autres le cas publié par Fles et qui a une certaine notoriété dans la littérature médicale. Il s'agit d'un diabétique dont les selles contenaient non digérée et dans un état parfaitement reconnaissable la viande ingérée par le malade. Or, il lui suffisait de prendre à ses repas une certaine dose d'une infusion de pancréas frais de veau, pour que les selles reprissent leur aspect normal; aussitôt que cette médication était suspendue, des fragments de viande non digérée reparaissaient dans les selles. A en croire Cantani, l'association de petits fragments de pancréas frais à la graisse qui entre dans l'alimentation des diabétiques rend de grands services chez les malades en question, lorsqu'ils sont amaigris. Tout récemment, un médecin allemand, Engesser, a publié un certains nombre de cas de dyspepsie de diverses espèces, dont quelques-uns caractérisés par la présence dans les selles des malades de fragments de viande non digérée et où l'emploi des préparations fraîches de pancréas a amené la guérison.

Comment expliquer cette contradiction apparente entre les enseignements de la clinique et les données de l'expérimentation? D'après Heidenhain, les ferments pancréatiques ne se rencontrent pas préformés dans le parenchyme glandulaire. Les cellules sécrétantes du pancréas renferment une matière appelée par Heidenhain *zymogène;* qui se dédouble en trois ferments, mais seulement lorsque le produit de secrétion arrive dans les canaux excréteurs de la glande et dans le duodénum. Si maintenant on admet, avec Engesser, que le suc gastrique acide n'altère pas les propriétés de la matière zymogène, on comprendra pourquoi des fragments de pancréas frais, associés à l'alimentation d'un dyspeptique, produiront des effets salutaires qu'on n'obtient pas avec des préparations à base de pancréatine et de trypsine. Engesser croit d'ailleurs avoir démontré d'une façon péremptoire que la matière zymogène contenue dans le pancréas frais est réfractaire à l'action dissolvante du suc gastrique acide, et voici comment. Chez un sujet qu'il avait guéri d'une dyspepsie nerveuse, grâce à l'administration de pancréas frais, et qui était habitué au sondage de l'estomac, Engesser s'assura que le suc gastrique était pourvu de son activité physiologique. Dans ce but, il soutira une partie du contenu de l'estomac en pleine digestion, en trois séances différentes; une première fois vingt minutes, la seconde fois une heure et la troisième fois deux heures après la fin du repas. A chacun des échantillons de liquide ainsi obtenus, il ajouta des flocons de fibrine et soumit le tout à l'action d'une température de 38 à 40 degrés, comme pour une digestion artificielle. Avec les deux premiers échantillons, la dissolution de la fibrine était complète au bout de deux heures de digestion ; pour obtenir le même résultat avec le troisième échantillon, il fut nécessaire d'y ajouter préalablement quelques gouttes d'une solution étendue d'acide chlorhydrique.

Chez le sujet en expérience, le suc gastrique possédait donc toute son énergie durant la première heure de la digestion, tandis qu'aubout de la seconde heure, cette énergie était manifestement amoindrie par défaut d'acidité. Après ces constatations préliminaires, Engesser recommença sur son sujet la même série de pompages, a près lui avoir fait prendre à chaque repas une cuillerée à café de pancréas frais haché en menus fragments. Les échantillons de liquide soutirés de l'estomac vingt minutes et une heure après un repas, avaient une réaction acide très-prononcée ; on les neutralisa en y ajoutant une quantité convenable de carbonate de soude, pour mettre la pepsine hors de cause. Puis on y mit en suspension des flocons de fibrine, et on fit digérer le tout à la température de 40 degrés. Au bout d'une heure, la fibrine était entièrement dissoute. La même expérience, recommencée avec le liquide fourni par le troisième pompage, ne donna qu'un résultat partiel, ce qui tenait sans doute à ce que la majeure partie du pancréas ingéré avait gagné l'intestin.

De ces expériences on est en droit de conclure que le pancréas frais, introduit dans l'estomac *en nature*,

n'est pas altéré au contact du suc gastrique acide, une fois parvenu dans l'intestin, où l'acidité du chyme se trouve neutralisé par la bile, la masse pancréatique mettra en liberté des ferments dont les propriétés digestives sont parfaitement conservées. A quoi tient cette différence d'action du suc gastrique acide sur le parenchyme du pancréas et sur les ferments qui dérivent de la matière zymogène? Engesser suppose que lorsque des fragments de pancréas frais sont introduits dans l'estomac, le tissu glandulaire se trouve attaqué et dissocié en premier lieu par le suc gastrique et que ce dernier n'a pas le temps de terminer cette opération préliminaire, avant que le contenu de l'estomac soit évacué dans le duodénum. La matière zymogène contenue dans les fragments du pancréas ingéré, arrivera donc intacte dans l'intestin, pour mettre en liberté les ferments pancréatiques dans un milieu alcalin qui leur permet de faire valoir leurs propriétés digestives si puissantes.

Conclusion pratique. — Il y a tout avantage à substituer, en thérapeutique, les préparations fraîches aux préparations à base de trypsine, de pancréatine, parce que la pulpe du pancréas se montre réfractaire à l'action dissolvante du suc gastrique acide qui anéantit la propriété des ferments à l'état de liberté. Le tout sera de faire accepter au malade des préparations fraîches qui n'exigent pas des mauipulations propres à isoler les fermants de la matière zymogène.

Docteur E. Ricklin.

MODE D'ADMINISTRATION DU CHLORAL EN SOLUTION.

Nombre de malades se refusent à accepter le chloral, même associé au sirop de groseilles. Pour faire disparaître la sensation pénible que provoque le passage de ce médicament dans l'arrière-bouche, il suffit d'ajouter au mélange précité 1 goutte de chloroforme pur, par chaque gramme de chloral. Le malade n'éprouve plus qu'une impression analogue à celle que procure la menthe; sensation supportable dont il peut se débarrasser par l'ingestion de quelques gorgées d'eau.

Dr Lebert.

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis et mariage. (1)

Quel est le médecin qui n'a pas été consulté par un jeune homme précédemment atteint de syphilis et venant demander s'il peut donner suite à un projet de mariage? La situation est délicate, le devoir qui incombe au médecin lui laisse une responsabilité considérable. S'il est vrai, d'une part qu'un sujet syphilitique peut, dans certaines conditions, s'engager sans crainte dans les liens du mariage, il n'est pas moins fréquent, d'autre part, que de nombreux maris imparfaitement guéris ont communiqué cette hideuse affection à leur femme et à leurs enfants, sans compter les nourrices que ces derniers ont ensuite contagionnées.

(1) Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc., un vol in-8 de 288 pages. Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Il faut donc reconnaître qu'un ouvrage clair, précis et bien écrit sur un pareil sujet rendra les plus grands services aux praticiens. C'est là précisément le grand mérite du nouvel ouvrage de M. Alfred Fournier intitulé *Syphilis et mariage.* Nous avons dit à propos de la *Syphilis du cerveau* (1), les brillantes qualités qui distinguent le professeur et le clinicien: grande clarté d'exposition et résumé précis, sous forme aphoristiques, de ce qu'il faut prescrire, de ce qu'il faut éviter. Son ouvrage se divise en deux parties. Dans la première « *Avant le mariage,* » on trouvera l'acte d'accusation du syphilitique, la discussions des circonstances atténuantes et surtout l'examen des conditions d'admissibilité au mariage, examen qui permettra de prononcer le jugement. «*Après le mariage*» est l'objet de la seconde partie. L'auteur y examine successivement les différents cas qui peuvent se présenter suivant l'époque à laquelle le mari contagionne sa femme et suivant que celle-ci est ou n'est pas enceinte, ou qu'elle est mère d'un enfant vivant qu'elle devra toujours allaiter dans la crainte que la nourrice ne soit infectée (2). L'ouvrage se termine par des notes et pièces justificatives, c'est-à-dire par des observations destinées à corroborer les préceptes du livre. C'est de la vraie morale en action.

Dr A. B.

(1) Un vol. in-8. Même éditeur. Voir le *Concours Médical*, 1e année, n. 25.

(2) A propos des nourrices contagionnées par les nourrissons syphilitiques, on consultera également avec fruit cet autre ouvrage de M. Alfred Fournier: « *Nourrices et nourrissons syphilitiques*, Paris. A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

CHRONIQUE

Administration générale de l'assistance publique à Paris. — Avis aux internes des hôpitaux de Paris. Prix Civiale. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1880, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

Transport des malades à Bruxelles. — On se préoccupe beaucoup et, avec raison, du danger qu'il y a à laisser transporter dans les hôpitaux, par les voitures publiques, les malades atteints de maladies contagieuses. En Angleterre, on se borne à prescrire la désinfection des fiacres qui ont conduit un varioleux à l'hôpital. A Lyon, depuis 1877, à ce qu'il paraît, les réclamations des médecins, à ce sujet, ont été vaines.

L'administration communale de Bruxelles vient de prendre une initiative qui lui fait honneur; sur les données de MM. les docteurs Janssens et Buys, du bureau d'hygiène, la ville de Bruxelles vient de faire construire une voiture pour le transport des malades. Elle a l'apparence extérieure d'un petit omnibus d'hôtel; les glaces sont matées pour que les passants ne puissent voir le malade. L'intérieur est entièrement boisé, aucune étoffe qui puisse s'imprégner de miasmes; tous les coins et les angles sont arrondis. Quatre petites banquettes permettent d'y placer autant de personnes assises; si le malade a besoin d'un siége plus confortable, on déplie au milieu de la voiture, un fau-

teuil canné. S'il s'agit de transporter un blessé ou un malade qui doit garder la position horizontale, on le couche dans un hamac, tendu sur deux supports, celui-ci est introduit dans la voiture et l'extrémité des supports est poussée sur deux coulisses qui se prolongent jusque sous le siége du cocher. Quand le malade est ainsi couché dans la voiture, il y a encore place pour un infirmier. La voiture contient une quantité de petits compartiments dans lesquels on peut mettre des linges et des médicaments.

Dès que le règlement nécessaire à cet effet aura été voté par le conseil communal, ce véhicule restera remisé dans une dépendance de l'Hôtel de Ville et pourra être réclamé pour le transport des malades. Il suffira d'en faire la demande au bureau de police le plus voisin ; de là une dépêche sera lancée à l'Hôtel de Ville et la voiture, immédiatement attelée, sera expédiée à destination. Chaque fois qu'elle aura servi, elle sera soigneusement ventilée et désinfectée, s'il le faut.

(*Le Scalpel*).

MOYEN DE MASQUER L'ODEUR DÉSAGRÉABLE DE L'IODOFORME. LINDEMANN

L'iodoforme en pommade d'après E. Kurtz, donne d'excellents résultats dans l'orchite, les adénites strumeuses, la lymphangite, la périphlébite. Il fait disparaître les chancres indurés et les chancres mous. Mode d'emploi, iodoforme 1 partie, glycérine 10 parties.

D'après le Dr Lindemann, le baume du Pérou masque complètement l'odeur désagréable de l'iodoforme ; deux parties de ce baume neutralisent parfaitement une partie de l'iodoforme. Les meilleurs véhicules sont l'axonge, la glycérine et surtout la vasseline. Voici une formule que recommande l'auteur ;

Iodoforme	1 partie.
Baume du Pérou.	3 —
Vasseline	8 —

Il prescrit encore la suivante :

Iodoforme.	1 partie.
Baume du Pérou.	3 —
Alcool, glycérine ou collodion. .	12 —

On mélange d'abord bien exactement l'iodoforme et le baume du Pérou, puis on ajoute les autres substances. (*British med. Journal*) .

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr C., à St.-B. (Lot-et-Garonne), 21 févr. et 10 mars.

Nous vous avons renvoyé votre travail, caisse de retraites, et une lettre détaillée à son sujet. Nous sommes à votre disposition selon le parti que vous prendrez.

— Dr J., à B. (Loiret), 3 mars.

« Je trouve dans le *Concours*, de sages avis et des travaux sérieux, je vais m'assurer au Phénix et attends la circulaire de la Cie d'assurances contre les accidents. »

Vous recevrez cette circulaire, — quant à l'assurance-incendie, quelques confrères hésitent à la contracter, parce que, établis depuis peu de temps, leur mobilier n'a pas grande importance. Nous ne comprenons pas cette hésitation. Si la prime que touche la Cie n'est pas élevée, les risques aussi sont peu considérables. Ce sont, les meilleures assurances; la Cie les accepte quelle que soit la valeur de la prime.

— Dr M., 634, abonnement fait.

— Dr T., à G. (Allier), un abonnement.

Prière de faire parvenir le mandat. — Nous espérons pouvoir dans quelque temps vous donner satisfaction et attendons les deux observations promises.

— Dr B., à Ch. (Loire).

Un abonnement fait à 56 fr., que nous vous prions de nous adresser. Nous prenons note du genre d'assurances que vous réclamez.

— Dr M., 684, 10 mars.

« J'entre pleinement dans toutes vos idées sur l'importance et la puissance de l'association. L'amélioration du sort des médecins et des mœurs professionnelles est à ce prix. Il y a beaucoup à faire et vous vous efforcez de nous amener tous à nous assister mutuellement; ce sera pour vous un titre, etc... » Votre abonnement est fort; il nous semble inutile de vous retourner le reçu qui, comme ceux des confrères qui précèdent, reste au bureau comme pièce de comptabilité.

— Dr P., A., à B. (Haute-Loire), 9 mars.

Il est bien entendu que le travail sera inséré. — Permettez-nous de choisir notre heure. — Les épreuves vous seront envoyées et les numéros indiqués seront adressés aux noms que vous indiquez. — Merci des deux adhésions, — le journal sera envoyé aux adresses marquées.

— Dr C., à Ch. (Charente), 9 mars.

L'expédition a dû vous être faite par M. G., fournisseur du *Concours*. Nous espérons bien que vous serez satisfait.

— Dr S., 897, 9 mars.

Le Dr B., est inscrit selon votre désir. Merci.

— Dr E., à M. (Hérault), 10 mars.

Le Dr V., est inscrit, nous attendons son adhésion, et comptons sur son concours, quant au vôtre, vous nous en donnez des preuves!

— Dr Ch., à M., 10 mars.

« S'il est une catégorie de médecins ayant besoin de l'appui de leurs confrères plus âgés, c'est bien certainement celle des débutants : pour lesquelles les difficultés s'accumulent. Un de mes amis a erré pendant toute une année dans les départements de l'Hérault, du Tarn, de l'Ariége et du Gard, pour trouver un poste. Quant à moi, je me suis résigné à mon village. Mais les confrères sont nombreux et le public nous exploite. Nous n'avons pas de client fidèle. Pour ne point payer d'honoraires on va successivement de l'un à l'autre et la situation est intolérable pour moi. »

Nous prions celui de nos confrères qui connaîtrait un poste avantageux à prendre, sans achat, de vouloir bien nous transmettre les renseignements nécessaires.

— Dr M., 697.

Oui, votre observation est bien juste ; nous avons déjà changé une fois et espérons être mieux servi à l'avenir.

— Dr M., à M. (Vendée).

Vous êtes admis comme participant, sans rétribution. Pour l'envoi réclamé, six francs suffiront.

— Dr Ch., 226, 13 mars.

Nous faisons des vœux pour votre prompt et entier rétablissement et serions heureux d'en être informés.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 13 27 mars 1880

SOMMAIRE:

LES ASSURANCES SUR LA VIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Plus que tout autre, le médecin, parvenu à un certain âge, père de famille, est forcément assailli par les cuisantes préoccupations de son avenir et par conséquent de celui des siens. Que survienne une épidémie, dont il peut être la victime; qu'il ait à pratiquer une opération dangereuse pour lui-même, il trouve dans l'accomplissement du devoir professionnel le courage d'accomplir sa redoutable tâche, au péril de sa vie et de la misère assurée pour ceux qu'il laissera après lui. C'est donc dans son esprit que devrait surtout naitre le désir de l'assurance sur la vie.

Mais il y a loin de la coupe aux lèvres et lorsqu'il suppute le sacrifice annuel et le lointain et maigre résultat que lui assurent les divers projets que nous avons exposés, il est tenté de s'abstenir.

Le recrutement médical s'opère dans les familles peu fortunées, auxquelles la durée des études et les difficultés du début, imposent de rudes sacrifices. Une fois installé, le jeune médecin éprouve ce sentiment professionnel qui le fait rougir quand on lui paye des honoraires, tant il est peu âpre au gain.

En somme la position du jeune docteur ne lui permet guère de faire des économies; c'est d'ordinaire le contraire. Compter que mille débutants, âgés de vingt-cinq ans voudront s'associer pour obtenir les avantages qu'on leur promet, en cas de mort, ou à soixante ans d'âge, nous semble bien chimérique. Il est vrai qu'on a prévu le cas, et qu'en élevant la prime, on permet l'entrée à tout âge dans les projets d'assurances sur la vie, et les caisses de retraite entre médecins.

Nous observons, en outre, que vingt-cinq ans n'est plus l'âge de l'entrée en exercice, vu les exigences du service militaire et la prolongation de la durée des études.

Ce n'est pas à vingt-cinq ans d'ailleurs, l'âge des longs espoirs et des rêves de fortune, qu'on songera jamais à assurer 10 mille francs aux siens, si l'on vient à mourir, ou la même somme à soi-même, si l'on parvient à cet âge de cinquante à soixante ans qui pour le jeune homme, paraît bien près de la décrépitude (plus tard il changera d'avis sur ce sujet, comme sur tant d'autres). Admettra-t-il aussi qu'à cette époque il serait trop heureux d'assurer à sa vieillesse cette somme, aujourd'hui presque dérisoire, en regard de ses espérances d'avenir?

Nous sommes assurés qu'au mille adhésions espérées, on fera bien de retrancher un zéro.

Mais laissons s'écouler quelques années; laissons venir la famille, ses joies et ses préoccupations sacrées; laissons les soins de la vie quotidienne argenter quelque peu la chevelure de notre jeune confrère; laissons à ses illusions le temps de s'effeuiller.

C'est alors que, de trente à quarante ans, vos charitables prédications d'Assurance auront chance sérieuse d'être entendues. C'est alors aussi, que, malgré les charges qui s'accumulent, mais en pleine possession de son gagne-pain, de la confiance de ses clients conquise de haute lutte, le médecin sera enclin à écouter vos propositions...

Nos confrères ont retenu, ou peuvent revoir les divers éléments exposés dans le *Concours Médical;* projet de la *Tribune médicale*, annoté par le Dr Lande, projet de caisse de retraite du Dr Benoit, modifications proposée par le Dr Tourette, etc...

Exposé du projet du Concours.

Nous venons à notre tour tenir notre promesse, nous ne faisons appel qu'à l'intérêt bien entendu; nous proposons un vrai placement de père de famille et sommes convaincu qu'une fois la première prime payée, celui d'entre nos confrères qui aura suivi nos conseils, aura conquis par ce fait une tranquillité d'esprit qui lui permettra d'envisager plus froidement les dangers et les déboires de la pratique, assuré qu'il sera que son

gagne-pain n'est plus à la merci d'un accident ou d'un confrère peut-être trop zélé, parce que, lui aussi, il a le devoir de subvenir à des charges écrasantes.

Vous êtes l'unique soutien des vôtres; ou bien vous avez quelque fortune. Dans le 1er cas nous allons vous prouvez que vous pouvez vous assurer à vous-même une somme importante, si vous vivez au bout d'une période que vous aurez choisie, 15 ou 20 ans; ou à votre famille une somme sérieuse si elle venait à vous perdre dans la période de vos versements annuels.

Dans le 2me cas, vous aurez fait un placement avantageux, de 5 à 7 0/0, selon l'âge initial.

. . . .

Disons-le tout d'abord: La solution que nous avons recherchée avec persévérance, ne présente tant d'avantages que parce qu'elle expose, par contre, à un danger. Nous ne l'aurions pas offerte à nos adhérents, si, par le fait de notre association de vues, il n'avait été facile à conjurer. Nous vous dirons comment et pourquoi ce danger n'existe plus pour nous. Tous les membres du *Concours Médical* qui voudraient faire usage du mode d'assurances exposé, auront les bénéfices sans le plus léger inconvénient. C'est ici, plus qu'en aucune autre circonstance, que nous démontrerons toute la puissance de notre association.

Exemple.

Permettez-nous de choisir un exemple à un âge avancé, 45 ans, par exemple :

Vous les avez atteints, et songé bien souvent à contracter une Assurance sur la vie. Mais les minces résultats promis par les diverses compagnies que vous connaissez n'ont jamais eu le don d'entraîner votre conviction et votre décision.

Nous venons vous dire :

1° Engagez-vous à verser 550 francs pendant 20 ans.

2° Vous aurez versé 11,000 francs à la compagnie, à l'âge de 65 ans. âge auquel vous pouvez assurément prétendre parvenir puisque vous vous êtes soumis à l'examen médical. Réfléchissez qu'en dehors de l'obligation que vous impose la prime à verser, vous ne pouvez peut-être pas vous promettre d'économiser régulièrement cette somme de 550 francs chaque année.

3° A 65 ans la compagnie (notez bien qu'elle est la plus sûre que vous puissiez trouver) vous versera 24,600 francs.

Vous pouvez remarquer que cette fois-ci la somme commence à en valoir la peine, qu'elle est plus du double de vos versements, et que si vos facultés vous avaient permis de payer une prime de 1,100 francs, il s'agirait alors de 50,000 francs, somme qui, même à notre époque, est une petite fortune et sera pour vos enfants la porte ouverte qui donne accès à la fortune véritable.

Vous pouvez remarquer encore qu'il est bien entendu que, durant les vingt années de vos versements, *longum ævi spacium*, si vous veniez à succomber à vos fatigues, les vôtres recevraient 10,000 francs, n'eussiez-vous versé qu'une seule prime.

De même, si le malheur vous frappait à votre soixante-quatrième année, vous auriez payé à peine un peu plus de ces 10,000 francs que votre famille serait admise à percevoir. Mais vous êtes assez équitable pour reconnaître qu'il ne peut exister de grands bénéfices qu'en regard d'une perte possible et, dans le cas présent, les vôtres n'auraient à regretter que les intérêts de vos versements et les bénéfices qui vous auraient été acquis si vous aviez pu atteindre votre soixante-cinquième année.

4. Mais, ce que nous vous souhaitons, vous êtes arrivé à 65 ans. Plusieurs cas peuvent s'offrir : vous avez besoin de toutes vos ressources; la Ce vous verse 24,000 francs, et vous les employez à votre gré. Vos affaires ont prospéré, 24,000 fr. de plus vous importent peu, vous êtes sur la pente fatale; l'échéance de la vie se rapproche; l'exercice de votre profession et votre fortune acquise suffisent à vos besoins; vous avez des enfants; vous voulez accroître leur héritage. Vous dites à la Ce : Je vous abandonne mes 25,000 francs, mais je ne veux plus faire de versements; vous vous arrangerez, après moi, avec les miens. La compagnie vous répond : Entendu, à votre décès je leur remettrai 40,000 francs.

C'eet là un véritable héritage; vos soucis sont finis; les vôtres auront plus que le pain quotidien.

5° Mais une autre hypothèse se présente : vous avez vieilli, Les vôtres se suffisent, ou ils sont morts, ou ils ont trompé vos espérances et vous ont donné le triste droit de ne songer qu'à vous.

Vous dites encore à la Compagnie d'assurances : je ne pense plus qu'à mes propres besoins, prenez mes vingt-cinq mille francs, résultat de mes onze mille francs d'économies que vous avez si bien gérées et faites-moi des rentes.

On vous répondra : nous vous constituons une rente viagère de trois mille deux cents francs.

Convenez avec nous que si nous vous démontrons dans un travail in-extenso, qui sera publié dans un prochain numéro, et adressé à tous les médecins de France, que le *Concours Médical* peut vous assurer ces résultats, nous n'aurons point perdu nos peines. Nous doutons que l'Association générale, elle-même, avec ses sept mille adhérents, puisse bientôt nous présenter un projet plus pratique et plus économique. Notez, en outre, que ce plan est applicable à un nombre restrient d'assurés, cinq cent, aussi bien que

cinq mille; que l'âge des assurés n'amène qu'une variation de la prime requise; qu'on peut choisir sa période aussi bien pour vingt, que pour trente ans.

Nous serons heureux si nous avons réussi à convaincre nos chers adhérents du *Concours Médical* qu'ils devront examiner avec la plus scrupuleuse attention une organisation capable d'assurer à eux ou aux leurs, une fortune en rapport avec leurs sacrifices et, dans tous les cas, leur procurer la tranquille perspective d'une vieillesse à l'abri du besoin.

Le Directeur,
A. Cézilly.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Chaque bulletin nous sert maintenant à enregistrer le nom d'un nouvel académicien.

Dans la dernière séance l'académie de médecine a élu dans la section d'hygiène, M. Colin, professeur au Val-de-Grâce, par 56 voix sur 86 votants. M. Gallard venait ensuite avec 26 suffrages.

M. le Secrétaire perpétuel a donné lecture d'un extrait du testament de Mme Louis, qui, en exécution des dernières volontés de son mari, l'éminent clinicien connu de tous, a légué à l'Académie un titre de mille francs de rente 3 p. 100 destiné à la fondation d'un prix de trois mille francs qui devra être décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur mémoire sur une question de thérapeutique. Louis avait pris soin d'indiquer lui-même les sujets des premières questions qui seront sans doute proposées, conformément à ses vœux, par la future commission de ce prix. On a été unanime à louer les dispositions intelligentes du testament et les sages considérations, empreintes d'un rare bon sens pratique, bien dignes de cet esprit éminent, dont il les a accompagnées. Les sujets de question proposés par Louis, pour les premiers concours du prix de thérapeutique sont les suivants :

Étude sur l'action du mercure ;

Étude sur l'action du nitrate de potasse ;

Étude sur l'action de la digitale.

REVUE GÉNÉRALE

De la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac.

(*Suite*)

L'*Arsenic* que je place parmi les médicaments altérants, forme la transition naturelle, entre ceux-ci et les recorporants, puisque, en diminuant le mouvement de dénutrition, il peut contribuer à restaurer l'organisme. Antidéperditeur, il est indirectement reconstituant.

Introduit dans l'estomac, il produit une irritation topique qui, légère, se traduit par une sensation de faim, mais qui, intense et prolongée, peut amener de l'anorexie, de la douleur, des nausées, des vomissements, etc...

La thérapeutique utilise peu ces propriétés topiques de l'arsenic sur la muqueuse digestive : Ce sont ses effets diffusés qu'elle recherche; le traitement arsénical ne demande donc que des doses faibles, mais il doit être longtemps prolongé.

Dans ces conditions il n'est pas indifférent de prendre telle ou telle préparation.

L'arsenic se donne sous forme d'acide arsénieux, d'arsénite de potasse, d'arséniate de soude : on trouve encore des préparations plus complexes ; enfin un certain nombre d'eaux minérales renferment de l'arsenic.

L'acide arsénieux est fréquemment employé : on le donne le plus souvent sous forme de granules dosés à un milligramme. L'administration en est donc très-facile, mais elle n'est pas sans inconvénient. C'est la substance qui possède l'action topique la plus énergique, elle est donc parfois mal supportée.

Aussi a-t-on cherché à atténuer cet effet en incorporant l'acide arsénieux à des corps gras. Cette méthode peut être avantageuse, surtout lorsqu'on a besoin de donner des doses relativement élevées.

C'est dans la même intention d'augmenter la tolérance stomacale, qu'on emploie la liqueur de Boudin (solution d'acide arsénieux) et la liqueur de Fowler (solution d'arsénite de potasse) ; cette dernière étant justement considérée comme une des meilleures préparations arsénicales.

Mais lorsque le traitement arsénical s'adresse à l'estomac malade, lorsqu'on veut, dans la gastralgie par exemple, déterminer une sédation des systèmes circulatoire et nerveux, c'est généralement l'arséniate de soude qu'on préfère. L'état d'oxydation plus avancée du métalloïde, et sa saturation par un alcali, semblent lui enlever de ses propriétés irritantes, et l'estomac le tolère généralement bien.

On a préparé des pilules et des granules d'arséniate de soude, ces préparations ne valent certainement pas

la solution qui, à une graduation posologique des plus faciles, joint l'avantage d'être administrée dans une eau minérale, dans une macération, dans un sirop, etc...

Enfin, il est des cas où les préparations galéniques ne peuvent convenir ; c'est alors qu'on pourra recourir aux eaux minérales naturelles dont la grande variété permet de remplir toutes les indications. On trouve en effet, parmi les eaux arsénicales, des eaux chlorurées, des eaux ferrugineuses des eaux sulfureuses.

C'est au moment des repas qu'il convient de prescrire les arsénicaux, quel que soit d'ailleurs le résultat qu'on en veuille obtenir : peut-être quelques parcelles du médicament sont-elles perdues ; mais, outre que les préparations solubles réduisent considérablement cet inconvénient, on a l'immense avantage d'augmenter la tolérance de l'estomac et d'éviter l'anorexie ou les nausées.

On a récemment associé l'antimoine et l'arsenic, c'est une bonne préparation; mais elle ne me paraît pas convenir aux cas où l'estomac est intéressé. Peut-être l'addition du sous-nitrate de bismuth augmente-t-elle les effets topiques de ces médicaments.

En résumé, ce sont les préparations solubles et surtout l'arséniate de soude que réclament les troubles gastriques lorsqu'il a y lieu de prescrire la médication arsénicale. Les eaux minérales seront naturellement tentées lorsque ces dernières ne donneront pas les résultats qu'on en attendait.

L'*Iode* et le Brome ont des propriétés communes résolutives et fondantes : ils se distingues en ce que l'iode agit plutôt comme stimulant tandis que le brome est sédatif.

Cet antagonisme apparent ne veut pourtant pas dire qu'ils ne puissent être associés : le brome peut avantageusement corriger l'action excitante de l'iode. Ce n'est que lorsqu'on emploie le bromure comme sédatif qu'il faut le prescrire exempt d'iodure.

Les métalloïdes sont rarement employés à l'intérieur, pourtant il faut mentiouner le sirop de raifort iodé, le suc de cresson iodé, qui sont à la fois des médicaments efficaces et bien acceptés de l'estomac.

C'est sous forme de bromures et d'iodures alcalins qu'on les conseille le plus généralement. Je ne parle pas de l'iodure de fer, des iodures de mercure etc., ceux-ci rentrant plutôt dans la classe des ferrugineux, des mercuriaux, etc.

Encore parmi ces bromures et ces iodures préfère-t-on le plus souvent le bromure et l'iodure de potassium. Les sels de sodium sont peut-être mieux tolérés de l'économie et s'éliminent moins rapidement, ils n'offrent d'ailleurs sur ceux de potassium aucun avantage.

Après son absorption, l'*iodure de potassium* détermine une sensation de chaleur à l'estomac, sensation qui peut même aller jusqu'à une certaine âcreté et même à de la douleur. On le prescrit à distance des repas et principalement à jeun, son action topique n'en est que plus énergique : il pourra donc être utile de modérer cette propriété excitante, soit en l'additionnant de bromure, soit en le donnant dans un véhicule approprié.

L'iodure de potassium se prescrit le plus souvent en solution ; les dragées ont le défaut de fatiguer d'avantage l'estomac.

La solution est incorporée quelquefois dans une potion, après une maladie aiguë par exemple ; plus souvent elle est mélangée dans une tisane ou une macération amère, enfin on la prescrit journellement dans le sirop d'écorces d'oranges amères : c'est même là une des formes les mieux acceptées de l'estomac.

Mais parfois l'état d'irritabilité de l'organe fait repousser ces divers moyens, on recourra dès lors au mucilage de gomme et surtout au lait qui efface pour ainsi dire l'action topique du médicament sans altérer en rien ses effets diffusés.

Le *Bromure de potassium* est beaucoup moins irritant, il détermine bien, tout d'abord, un peu de chaleur à l'estomac, mais cette sensation est rapidement effacée par une action sédative ultérieure.

Le Bromure peut donc être employé avec avantage dans les cas d'irritabilité, de nervosisme de l'estomac, dans les dyspepsies spasmodiques ou douloureuses, dans les vomissements de la grossesse; de même que dans tous les cas où l'on veut obtenir des effets sédatifs, il doit être prescrit à des doses assez fortes et surtout exempt d'iodure.

Comme résolutif et fondant on l'associe à l'iodure ou bien on le donne seul à des doses faibles, quand l'iodure n'est pas toléré.

Le bromure se prescrit sous les mêmes formes que l'iodure : sa solution est mélangée souvent à l'infusion de feuilles d'oranger; le sirop de fleurs d'oranger est encore un véhicule très-souvent conseillé pour les enfants. Les macérations diverses et le sirop d'écorces d'oranges amères lui conviennent d'ailleurs parfaitement; enfin le lait pourra encore constituer le véhicule préféré, surtout si l'on emploie le bromure dans les affections irritatives de l'estomac.

L'action topique du *mercure* métallique est peu sensible, mais son administration présente quelques difficultés, aussi a-t-on le plus souvent recours à ses composés salins et parmi eux aux chlorures ou aux iodures.

Le *Calomel* est généralement bien toléré par l'estomac dans lequel il se dissout assez rapidement, se transformant vraisemblablement en un chlorure double de mercure et de sodium.

Je passe sous silence les propriétés purgatives et cholagogues du calomel et ne m'arrête qu'à son action altérante.

Le calomel est, de toutes les préparations mercurielles, celle qui détermine le plus rapidement le ptyalisme et la stomatite caractéristique. C'est là, il faut bien le savoir, un effet plutôt fâcheux qui doit le faire proscrire lorsque l'administration des mercuriaux doit être prolongée. Cependant, si les autres pré-

parations étaient mal supportées, le calomel les vaudrait dans le traitement de la syphilis.

La forme qui convient le mieux est alors sans contredit la forme pulvérulente : le calomel est mélangé avec du sucre finement broyé et se donne par paquets de un centigramme, répétés à intervalles égaux.

La tolérance de l'estomac est moins grande pour le *bichlorure* dont l'action topique est plus énergique et pourrait amener des troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, etc.

Mais son affinité pour l'albumine et la fibrine, qui lui donne ses propriétés escharotiques, peut être mise à profit pour effacer son action irritante. Le bichlorure de mercure, en effet, d'abord précipité par les substances protéiques, est bientôt dissous par elles et pour ainsi dire dissimulé.

Le lait, l'eau albumineuse seront donc les véhicules préférés et, grâce à eux, l'usage du sublimé peut être continué presque indéfiniment sans déterminer ni stomatite, ni salivation. Ce qui le rend très-précieux dans le traitement des formes rebelles de la syphilis.

C'est toujours sous la forme de solution (liqueur de Van Swieten) qu'il faut prescrire le chlorure mercurique. Les granules et pilules qui prolongent l'action locale seront absolument repoussés.

Les iodures de mercure qui réunissent les propriétés altérantes de leurs deux composants sont fréquemment ordonnés.

Le *protoiodure* possède toutes les vertus des meilleurs préparations hydrargyriques, mais il n'est pas toujours facilement toléré, aussi faut-il l'associer à l'opium ou à la thridace.

Il se donne sous forme pilulaire. On évitera les accidents qu'il détermine du côté de la bouche, sans diminuer en rien les résultats thérapeutiques qu'on en attend, en fractionnant les doses et en ne prescrivant que les pilules de un centigramme.

Le *Bi-iodure* est moins employé à cause de sa violence : cependant on le pourra conseiller sous forme de granules à un milligramme ou mieux en solution dans l'iodure de potassium.

Les mercuriaux, de même que la plupart des altérants, doivent être pris à distance des repas : le sel marin, employé comme assaisonnement, hâte leur transformation en chlorure mercurique ; en outre l'absorption des doses faibles auxquelles on les prescrit en est plus certaine : l'estomac pourra peut-être se montrer moins tolérant, mais alors on recourra aux véhicules les plus propres à détruire toute action topique irritante.

J'ai successivement passé en revue les médicaments qui font la base des maladies cachectiques ou diathésiques, je ne voudrais cependant pas quitter ce sujet sans parler d'un médicament dont l'emploi s'est récemment généralisé dans les cas de tuberculose ou de catarrhe pulmonaire.

Le *Goudron* est une matière très-complexe : C'est un mélange de substances empyreumatiques parmi lesquelles, au premier rang, figure le *créosote*.

Analogue à tous les balsamiques, le goudron en diffère cependant par la présence de cette créosote et d'acide acétique, substances fortement styptiques.

A petites doses, le goudron stimule la contractilité des capillaires ; en masse plus considérable, il détermine une vive irritation. Il peut donc n'être pas inutile de faire un choix entre les diverses préparations, d'autant plus que, l'esprit de spéculation s'en mêlant, nous assistons chaque jour à l'éclosion de quelque nouvelle spécialité, qu'en dépit du sens commun, prônent les journaux à leur quatrième page.

L'eau de goudron est la vieille préparation classique et, malgré tous les efforts, elle reste encore peut-être la meilleure. On la prend par verrées ou par demi-verrées, aux repas, soit pure, soit additionnée de vin. Facilement tolérée de l'estomac, elle peut être conseillée comme tonique dans la dyspepsie torpide ou comme toxique des végétaux inférieurs (sarcines) qui entretiennent l'acescence gastrique.

Le sirop convient dans les mêmes cas.

La macération à froid n'est malheureusement pas toujours d'une administration facile ; aussi a-t-on songé à préparer des liqueurs concentrées qui n'auraient besoin que d'être étendues d'eau pour donner extemporanément de *l'eau de goudron*.

Mais l'action de la chaleur, d'une part, nécessaire à la concentration, modifie profondément les produits complexes qui se rencontrent dans cette eau : les uns s'évaporent, les autres se transforment.

D'autre part l'emploi de substances alcalines amènent des modifications non moins regrettables. L'eau de goudron, on le sait, est acide et c'est à la faveur de cette réaction qu'elle peut tenir en dissolution certaines substances pyrogénées. On comprendra dès lors sans peine qu'aucune liqueur alcaline ne puisse prétendre renfermer les principes essentiels du goudron.

L'émulsion au contraire, préparée à l'aide de la teinture de *Quillaya saponaria*, représente sans altération et sans perte tous les principes et, par conséquent, toutes les qualités du goudron en nature. Le médicament y est présenté sous un état de division parfait qui rend son absorption facile. Elle permet de plus un dosage qui peut être modifié à volonté.

C'est donc à cette émulsion que la préférence sera donnée sur toutes les autres liqueurs. On la conseillera au début des repas dans un demi-verre d'eau sucrée, ou encore dans une tasse de lait chaud. — Mais, dans tous les cas, les doses devront être modérées.

Quant aux capsules de goudron autour desquelles on a fait tant de bruit et dont la vertu principale consiste à alimenter la caisse de leurs préparateurs, le médecin doit absolument les proscrire : c'est une *mauvaise préparation*, c'est *la plus mauvaise*. Outre la fatigue qu'occasionne la dissolution toujours difficile de l'enveloppe, le goudron donné en masse excessive ne peut-être absorbé et la plus grande quantité ne fait que traverser les organes digestifs. Quelque pur qu'il puisse être, il n'a donc qu'une action utile insigni-

fiante, tandis que ses propriétés irritantes ne font que fatiguer l'estomac et enflammer l'intestin.

Quant à la *créosote* elle-même, vantée un moment comme une panacée universelle, puis tombée dans l'oubli pour être à nouveau préconisée, elle est plus irritante et moins efficace que le goudron; aussi je ne saurais en recommander l'emploi, surtout lorsque l'état de l'estomac exige des ménagements.

Dr A. GASSOT.

(*A suivre.*)

SUR LA MOBILISATION ET L'IMMOBILISATION DANS LES MALADIES ARTICULAIRES.

(*Suite.*)

Nous avons vu dans un premier article ce qu'il fallait entendre par ce terme d'ankylophobie créé par M. Verneuil. Nous avons analysé le remarquable mémoire de M. Le Fort, sur l'immobilisation dans les fractures. Nous allons poursuivre cette étude éminemment pratique et étudier la valeur de la mobilisation et de l'immobilisation après la réduction des luxations et dans les différentes arthrites. Dans les luxations :

M. Lefort et M. Verneuil sont d'accord sur un point : *il ne faut pas mobiliser trop tôt les articulations;* mais *il ne faut pas non plus attendre trop tard pour les mobiliser* et, pour l'articulation de l'épaule, par exemple, il ne faut pas attendre au-delà du quinzième jour.

Par suite de la position du bras rapproché du tronc par l'écharpe, la partie axillaire de la capsule articulaire se trouve relâchée; elle se rétracte d'autant plus que très-souvent il y a un léger degré d'arthrite. Lorsque le malade veut plus tard écarter le bras du corps, la tension de cette partie de la capsule éveille de la douleur; s'il ne sait pas la vaincre, il verra peu à peu la difficulté s'accroître, et l'abduction complète du bras sera définitivement perdue.

Mais si l'immobilité amène de la raideur par la rétraction des tissus fibreux, cette rétraction est bien plus grande encore quand il s'y joint de l'inflammation. Si donc, dans le but de prévenir une ankylose dans une articulation qu'on est dans la nécessité d'immobiliser, mais qui n'est que peu ou pas enflammée, on éveille de l'inflammation par des mouvements prématurés, intempestifs ou trop étendus, on peut aller contre le but, augmenter la raideur et quelquefois substituer à ce qui n'eût été qu'une simple raideur articulaire, facile à vaincre, une fausse ankylose plus grave et plus difficile à guérir. « Ainsi il ne faut pas, dit M. Le Fort, qu'il y ait d'erreur sur ce que j'appelle dans ces cas: les mouvements préventifs de l'ankylose. Je ne suis préoccupé que de l'état des parties qui répondent à la face axillaire de la capsule et je ne me livre pas à des mouvements de rotation ou de circumduction, non plus qu'à des mouvements multipliés. Soutenant avec les doigts de la main gauche enfoncés dans l'aisselle la tête humérale et la capsule fibreuse, je soulève lentement dans l'abduction le coude du malade, j'amène le bras à l'horizontale et je le replace dans l'écharpe sans répéter une seconde fois le mouvement. Ce n'est que plusieurs jours plus tard que je recommence la même manœuvre. »

Dans ces raideurs articulaires, consécutives aux luxations, aux entorses, aux fracture du péroné, souvent il suffit d'un seul mouvement de flexion ou d'extension pour étendre les parties rétractées et amener la liberté des mouvements.

Les divergences d'opinion se retrouvent encore entre M. Verneuil et M. Le Fort dans le traitement des arthrites, soit blennorrhagiques, soit traumatiques, et, sur ce point M. Verneuil est un adversaire résolu de toute tentative de mobilisation. M. Verneuil dit avec raison que le rhumatisme blennorrhagique mono-ou oligo-articulaire est fréquemment suivi d'ankylose. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est si cette ankylose est fatale ou si elle peut être prévenue. La longue immobilisation d'une articulation atteinte, chez un blennorrhagique, entraîne presque fatalement l'ankylose. M. Verneuil paraît croire, au contraire, que la meilleure manière de prévenir cette ankylose est de prolonger l'immobilisation.

M. Verneuil considère les arthrites de la grossesse comme particulièrement ankylogènes. C'est une opinion qui a été soutenue en 1877 dans la thèse de M. Tison, mais M. Le Fort ne croit pas, quant à lui, qu'il soit possible de rapprocher, au point de vue de la probabilité de l'ankylose, les arthrites chez les blennorrhagiques et les arthrites chez les femmes enceintes. Or M. Verneuil rapporte une observation d'arthrite puerpérale dans laquelle il mobilisa l'articulation du genou pendant quatre mois, au bout desquels il trouva avec étonnement que les mouvements n'avaient guère perdu plus du tiers de leur étendue. M. Le Fort déclare que, dans un cas semblable, il eût agi avec prudence, mais que lorsque l'inflammation eût cédé, il anrait substitué à l'appareil inamovible, un appareil amovo-inamovible, et vers le trentième jour si la marche exécutée avec cet appareil, si l'examen du genou, la recherche du point douloureux articulaire eussent permis de croire à la disparition de toute inflammation, il aurait fait exé-

cuter quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

Dans les arthrites des femmes enceintes, dit aussi M. Desprès, l'ankylose n'est pas aussi à redouter qu'on l'a dit. On sait que ces arthrites, qui se développent au cours de la grossesse, reçoivent du fait de l'accouchement, une impulsion vers la guérison, et à la fin de la période puerpuérale, le mal se termine généralement. Mais il y a exceptionnellement de ces arthrites qui, après quatre à six mois d'immobilisation, menacent de se terminer par ankylose, si le chirurgien ne mobilise pas l'article pendant la convalescence. J'ai observé une malade de ce genre qui avait une arthrite du genou survenue au sixième mois de la grossesse. J'ai immobilisé et comprimé; après l'accouchement, le mieux s'est de suite dessiné. Deux mois après l'accouchement, j'enlevai l'appareil; il y avec des mouvements. Je mobilisai. Mais la malade était jeune, elle voulut partir malgré mon avis. Elle compta sur la mobilisation naturelle, que juge suffisante M. Verneuil. Six mois après, elle avait une ankylose rectiligne, incurable.

Contrairement à l'opinion de M. Verneuil, M. Le Fort croit donc que, dans les arthrites dites blennorrhagiques et dans les arthrites traumatiques, toutes les fois que l'ankylose n'est pas une ankylose vraie et complète, toutes les fois que la durée, la gravité des symptômes laissent croire à l'existence de lésions peu profondes et autorisent à penser que la rétraction des parties molles péri-articulaires, ou comme cela existe assez souvent, la rétraction d'un ou de plusieurs muscles, s'opposent seules au rétablissement des mouvements, il faut s'efforcer de rendre à l'articulation des mouvements qu'elle ne saurait retrouver par le jeu spontané des muscles chargés de la mouvoir.

Mais le point capital de cette discussion est le suivant : la méthode de l'immobilisation est-elle applicable à cette forme d'arthrites auxquelles nous donnons le nom de tumeur blanche?

« Outre la faute qu'ils commettent en plaçant « au même niveau toutes les arthropathies, les an- « kylophobes, dit M. Verneuil, ont de plus le tort « de confondre les divers genres d'immobilisation « articulaire. »

Permettez toutefois dit M. Le Fort à un ankylophobe de résumer très-brièvement l'exposé de ses idées et de montrer combien je suis loin de placer au même niveau toutes les arthropathies.

M. Le Fort fait remarquer que certaines formes de lésion sont particulières à certaines articulations. Certaines formes communes, ordinaires à certaines articulations, ne se rencontrent que très-rarement dans d'autres jointures. Les articulations du genou, du coude-pied, du poignet, ont pour forme ordinaire, on pourrait presque dire constante, l'arthrite fongueuse.

Or, les arthrites fongueuses, lorsqu'elles sont arrivées à un certain degré de développement, sont tellement dangereuses, ont si peu de tendanoe à rétrograder, exposent tellement le malade à l'éventualité d'une résection, ou si l'on a trop attendu, d'une amputation, qu'il n'y a personne qui, dans de pareilles circonstances, ne s'estime très-heureux d'obtenir la guérison, fût-ce même au prix d'une ankylose complète. Malheureusement, a dit M. Le Fort, il est encore, en dehors de cette enceinte, des chirurgiens auxquels peut, à bon droit et à titre de réprobation, s'appliquer l'épithète d'ankylophobes, qui, préoccupés outre mesure de la perte probable des mouvements après une longue immobilisation, impriment de temps en temps au genou malade des mouvements qui ne peuvent avoir pour effet que de compromettre la guérison, sans préserver le malade de l'ankylose, si, malgré les imprudences du chirurgien, il parvient à guérir. En attirant de nouveau l'attention des médecins sur les dangers de cette pratique, la communication de M. Verneuil rendra à bien des malades un service signalé. *En présence d'une arthrite fongueuse du genou, du coude, du poignet, du coude-pied, l'immobilisation complète, absolue, est la loi qui s'impose.* C'est au médecin à mettre sa responsabilité à couvert, en prévenant, suivant les cas, le malade ou sa famille que le traitement pourra laisser, laissera à sa suite, une ankylose souvent complète; mais que cette éventualité n'est que peu de chose à côté de la gravité que pourrait acquérir la lésion. Placer le membre dans une gouttière plâtrée, afin d'éviter, par suite du ramollissement des ligaments, la subluxation du tibia en arrière et sur son axe; échancrer suffisamment la gouttière au niveau du genou pour qu'on puisse appliquer sur l'articulation les badigeonnages iodés, exercer une exacte compression avec une bande de caoutchouc, ou même, comme le recommande M. Le Fort, iujecter avec la seringue de Pravaz au milieu des fongosités une solution fortement astringente, tel est le traitement que suivent les chirurgiens.

Mais, lorsque la guérison de l'arthrite fongueuse a été obtenue, faut-il essayer de combattre, par des mouvements, l'ankylose qu'elle a laissée après elle? Sur ce point, les divergences reparaissent. M. Verneuil est disposé dans certains cas à rompre

l'ankylose du genou, si elle est angulaire; il respecte cette ankylose, si elle est rectiligne. M. Le Fort n'est pas de cet avis.

On ne doit pas, selon lui, rejeter partout et toujours la mobilisation d'une articulation du genou enraidie ou légèrement ankylosée après une arthrite; *seulement ces tentatives ne doivent être faites que lorsque toute trace d'inflammation a disparu.* Comment le savoir? En dehors du retour à la forme normale, nous avons comme signe précieux l'absence de douleur sur tous les points de l'articulation et spécialement au point articulaire, c'est-à-dire à l'attache supérieure du ligament latéral interne. C'est, en effet, en cet endroit que subsiste le plus longtemps la douleur, et elle y persiste quelquefois très-longtemps, alors qu'elle a disparu sur tous les autres points de l'articulation.

Lors donc que la maladie a été de peu de durée, que les lésions ont été peu profondes et que l'obstacle aux mouvements tient à ce que les ligaments, plus ou moins ramollis et relâchés pendant la maladie, ont repris au fur et à mesure de la guérison leur solidité, mais aux dépens de leur souplesse et de leur extensibilité, M. Le Fort tente les mouvements communiqués avec la machine, mais toujours lentement et avec une extrême prudence.

Chaque jour, suivant la résistance à vaincre et le degré de douleur éprouvée, on gagne un ou deux tours de vis, et ce n'est qu'après trois semaines à un mois qu'on est arrivé à faire passer le membre de l'extension à la flexion avec rétablissement des mouvements spontanés dans la limite des mouvements obtenus à l'aide de la machine. J'ai obtenu dit-il d'assez nombreux succès pour défendre cette pratique. Mais si la maladie a été grave, de longue durée; si j'ai lieu de croire que les cartillages ont pu être partiellement détruits, que des faisceaux fibreux courts et résistants unissent le fémur et le tibia, si le tibia a subi son déplacement si fréquent en arrière; s'il a subi sur son axe ce mouvement de rotation qui porte sa crête en dehors, dans ce cas je ne me livre à aucune manœuvre; elles ont peu de chances d'être heureuses, elles ont grandes chances d'être des plus dangereuses. »

L'immobilisation de la hanche forme la base du traitement préconisé par M. Verneuil dans la coxalgie; la mobilisation est la base du traitement que M. Le Fort suit depuis quinze ans.

M. Le Fort se base pour instituer son traitement sur ce fait que les arthrites de la hanche n'offrentj amais de fongosités.

Cependant dans la période initiale de la coxalgie, lorsqu'il existe de la douleur, et à plus forte raison quand cette douleur prend le caractère d'extrême acuité qu'elle présente parfois, M. Le Fort condamne le malade à l'immobilité aussi absolue que possible, le plus souvent au moyen de la gouttière de Bonnet. A cette précaution, M. Le Fort en joint une autre l'extension permanente.

L'extension permanente a pour résultat, souvent à peu près immédiat et des plus marqués, de diminuer la douleur, quelquefois de la faire disparaître. Elle a pour effet aussi de s'opposer à la flexion du membre.

Lorsque ces douleurs ont perdu leur caractère aigu, lorsqu'on peut imprimer au membre sans les réveiller des secousses assez fortes, lorsqu'en un mot on croit pouvoir permettre au malade de se lever, l'immobilisation continuant à être le moyen généralement reconnu comme le meilleur antiphlogistique, on cherche à continuer l'immobilisation de l'articulation tout en mobilisant le malade, afin de protéger la santé générale; et on leur applique un appareil inamovible dextriné silicaté qu'on maintient en place pendant de longs mois. Tel est le traitement adopté par M. Verneuil, et beaucoup de chirurgiens.

Ce traitement a incontestablement des avantages. Mais il a aussi un inconvénient. La guérison est obtenue, mais elle est dans l'immense majorité des cas obtenue avec ankylose. Or, l'ankylose de la hanche chez un jeune sujet, et la coxalgie est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence, entraîne avec elle des conséquences qui ne sont pas sans gravité, Qui dit ankylose de la hanche dit aussi claudication, difficulté pour la station assise.

C'est ce danger à peu près certain de l'ankylose qui rend M. Le Fort l'adversaire de l'immobilisation permanente de la hanche dans la forme rhumatoïde de la coxalgie et le rend partisan de la mobilisation.

Voici enfin les conclusions de M. Le Fort.

Les reproches de M. Verneuil s'appliquent malheureusement trop souvent à des praticiens imprudents ou inexpérimentés qui, par des mouvements intempestifs, compromettent la guérison de certaines arthrites.

Dans les tumeurs blanches, dans les arthrites fongueuses, particulièrement dans celles du genou, l'immobilisation complète absolue et longtemps prolongée est une règle dont il ne faut pas se départir. On doit dans ces cas s'estimer très-heureux d'obtenir la guérison, même au prix d'une ankylose.

Mais si M. Verneuil a eu raison d'insister sur oint, je crains qu'il n'ait dépassé la mesure et

que l'horreur des mouvements qu'il cherche à inspirer aux praticiens, s'exagérant sous l'influence de la réprobation d'un clinicien de sa valeur, il ne transforme en ankylophiles un certain nombre d'ankylophobes. Si, avec M. Verneuil, je crois que dans beaucoup de cas le jeu naturel des muscles peut rétablir le libre mouvement des articulations enraidies après une immobilisation peu prolongée, si elles ont été malades; prolongée, si elles étaient saines ; je crois aussi et j'affirme contre lui, que dans beaucoup de cas la mobilisation naturelle est impuissante et que ces raideurs ne seront efficacement combattues que par la mobilisation artificielle.

Avec M. Verneuil, je soutiens que l'inflammation est une cause adjuvante puissante de la rétraction, de la rigidité des ligaments et par suite, une cause puissante d'ankylose ; mais contrairement à ses opinions je soutiens aussi :

Que l'immobilisation peut enraidir une articulation saine, soit en amenant la rétraction des parties ligamenteuses relâchées, soit, comme cela arrive rapidement pour les doigts, en permettant la rétraction de la peau.

Que dans les fractures la raideur des articulations voisines de l'os fracturé est une règle à peu près constante; que cette raideur peut être évitée par les mouvements communiqués sans compromettre la guérison; et que, même en admettant comme fréquente, la disparition de la raideur par le jeu spontané des muscles, on abrège de beaucoup par la mobilisation la durée de l'impuissance relative du membre, due à la rigidité articulaire.

Qu'après le plus grand nombre des affections articulaires, même des arthrites rhumatismales, blennorrhagiques, même des arthrites fongueuses, pourvu qu'elles n'aient été que légères et de peu de durée, la mobilisation artificielle peut rendre la mobilité à l'articulation, sans danger pour le malade, pourvu qu'elle soit pratiquée avec la prudence nécessaire.

Que pendant la durée de certaines arthrites, en particulier de la coxalgie rhumatismale, la mobilisation avec extension permanente présente sur l'immobilité de très-grands avantages en permettant la guérison sans ankylose.

Que la mobilisation par manœuvres lentes, en laissant espérer le rétablissement des mouvements, doit être, dans la plupart des cas, substituée au redressement brusque des ankyloses vicieuses, car ce dernier redressement laisse subsister l'ankylose du membre redressé.

En un mot, M. LeFort soutient que la mobilisation des articulations est la règle, lorsqu'elle peut s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées; que l'immobilisation est la règle lorsque la continuité de la douleur, son réveil à la pression font croire à une permanence de l'inflammation. Mais, s'il conseille de mobiliser les articulations parce que les immobiliser c'est compromettre leurs mouvements ultérieurs et le fonctionnement des membres, je n'oublie pas non plus, que mobiliser des articulations, lorsqu'elles sont enflammées, surtout dans certaines formes d'inflammation, c'est compromettre non plus seulement les mouvements, mais même la conservation des membres et quelquefois la vie du malade. Il n'y a pas de choix absolu à faire entre l'une et l'autre méthode, et on ne peut que poser des indications générales. C'est au clinicien de puiser dans son savoir, dans son expérience, dans sa sagacité, dans son tact chirurgical, les indications propres à chaque malade; à choisir pour chacun d'eux entre l'immobilisation et la mobilisation; à juger du moment où la mobilité devra remplacer l'immobilité. « Quant à moi, frappé des inconvénients sérieux de l'immobilisation prolongée, ayant pu apprécier par une expérience déjà longue les heureux effets de la mobilisation artificielle, j'ai voulu réagir contre ce que me paraissaient avoir de beaucoup trop absolu les idées défendues, avec conviction et avec son talent ordinaire, par notre collègue, M. Verneuil. »

LETTRES SUR L'HYDROTHÉRAPIE

A monsieur le docteur A. Cézilly, directeur du CONCOURS MÉDICAL

I

Brioude, le 10 mars 1880.

Mon cher Confrère,

Vous avez bien voulu, avec votre bienveillante indulgence, me faire espérer que je pourrais être de quelque utilité à nos coopérateurs du *Concours Médical* en leur exposant, par l'intermédiaire de notre journal ce que m'ont appris mes études particulières, ce que m'apprend ma pratique de chaque jour. Je suis tout disposé à apporter ma part à l'œuvre commune sans regretter autre chose que mon insuffisance, et je commence dès aujourd'hui, non sans dire à nos confrères du *Concours Médical*, à charge de revanche, n'est-ce pas ?

Permettez-moi, mon cher confrère, de choisir la forme épistolaire. Lorsque, comme moi, on n'est écrivain ni de race, ni de profession, on se sent bien plus à l'aise dans les allures familières d'une lettre, qui permettent d'ailleurs de se passer de plan et

d'aller de ci de là, au gré de la plume, ou plutôt de l'inspiration du jour. Ainsi affranchi du solennel et du convenu j'aurai quelques chances d'être moins ennuyeux, et partant plus utile à nos confrères.

Tout d'abord que faut-il entendre par *Hydrothérapie?* Ce mot a la bonne fortune de tous les mots bien faits de contenir toute une définition. L'*Hydrothérapie* est le traitement ou plutôt la guérison par l'eau, mais signifie à peu près exclusivement aujourd'hui le traitement par l'eau froide.

Voilà qui est simple et bien compris partout; et cependant, si je voulais faire de l'érudition, il ne me faudrait pas remonter bien haut pour trouver entre les créateurs ou les initiateurs de ce mode de traitement, ou bien encore parmi les commentateurs de la méthode de Priessnitz, quelques dissidences à ce sujet; mais nous avons mieux à faire qu'à nous arrêter à de ridicules arguties; d'ailleurs le mot lui-même et sa signification acceptée suffisent aux quelques légères critiques que j'ai à leur adresser.

Le mot *hydrothérapie* indique parfaitement l'agent principal du mode de traitement dont je m'occupe, mais il ne dit rien quant à la manière d'agir, à la nature, à l'essence même de ce traitement.

Analysons un peu.

L'eau est un admirable agent, en ce sens qu'on le trouve partout en abondance et par conséquent à bon marché; mais admirable surtout par des qualités absolument négatives et par conséquent inoffensives. Incolore, inodore, dépourvue de toute action toxique ou chimique, l'eau n'est pas à proprement parler un agent médicamenteux.

Je sais bien que quelques-uns l'ont prétendu et ont considéré l'eau comme tonique à ce point qu'il est venu sur leurs lèvres, ou même au bout de leur plume un *quia est in ea* quelconque; n'insistons pas. L'eau est tonique lorsqu'elle est froide, elle devient sédative et même directement antispasmodique lorsqu'elle est tiède ou chaude; où donc est son action? simplement dans le degré de thermalité qu'elle charrie.

Douée d'un degré de fluidité que je pourrais appeler type, elle se prête à toutes les formes, à toutes les circulations, aux mélanges rapides. Elle peut envelopper exactement tout le corps dans un bain ou une piscine, nous offre, sans autre force mécanique que son propre poids, le moyen de frapper et de masser le corps sur lequel le choc la divise en l'éparpillant, et de réunir déjà deux moyens d'action : un choc *maniable* et une température variable, à notre volonté; au moyen de rapides mélanges.

En résumé, nous ne saurions voir dans l'eau rien autre chose qu'un admirable, véhicule de température pouvant se mettre en contact, *intus et extra,* avec tout ou partie de l'organisme sain ou malade, et cela le plus facilement du monde et sans danger aucun, si nous la maintenons dans les limites au-delà desquelles la thermalité devient désorganisatrice.

Voilà pourquoi, si l'on voulait tenir compte dans son appellation de la manière d'agir du traitement hydrothérapique, il faudrait l'appeler *thermothérapie*, nom qui permettrait de lui rattacher une branche qui lui appartient réellement, la *sudothérapie*.

Je n'ai nullement la prétention de proposer ce changement de mots; le mot *hydrothérapie*, tout en ayant le défaut que je viens de signaler, est parfaitement admis et compris de tout le monde, par suite fort suffisant.

Que l'on ne croie pas cependant que ce sont là vaines disputes de mots. Les conséquences de pareilles insuffisances verbales sont quelquefois fort importantes.

Ainsi le mot *hydrothérapie* est peut-être une des causes qui ont confiné la science hydrothérapique dans le cercle trop étroit, à mon avis, où l'avaient enfermé, dans un but louable de vulgarisation et de simplification, ses initiateurs français, et on s'est contenté après eux, d'utiliser seulement deux de ses éléments, le froid du liquide et le choc de la douche sans s'inquiéter d'y découvrir d'autres éléments utilisables, au même degré. C'est de ce dernier problème que je me suis imposé la solution, à la suite de mon maître et prédécesseur le docteur Andrieux, et son étude m'a conduit à des applications nouvelles et tout aussi précieuses de l'agent principal.

A ne le considérer tout d'abord que comme un agent commode d'applications thermales, depuis l'état solide jusqu'à l'état de vapeur, il nous donne le moyen d'appliquer des températures variant de 0° cent. à 60° cent., soit en isolant chaque degré, soit en opposant brusquement les unes aux autres quelques-unes de ces températures.

Pour les températures supérieures, nous sommes obligés de nous adresser à l'air surchauffé, et avec lui pouvons arriver à manier utilement des températures de 70, 80 et même 90 degrés cent.

Une fois faite, cette étude qui nous a conduit à la précieuse découverte de la puissance exceptionnellement antispasmodique des hautes thermalités, et partant de cette vérité vraie en hydrothérapie autant qu'en mécanique, que la réaction est toujours en rapport direct avec l'action, nous avons cherché expérimentalement à modifier celle-là en modifiant celle-ci sans fatigue pour le malade. Nous y sommes arrivés en faisant précéder les applications froides par des applications de calorique graduées à notre gré, méthode qui a, sur un exercice violent, l'avantage réel de pouvoir se mieux mesurer, et de maintenir le calorifique plus à la surface; si l'on considère que la réaction pénètre aussi profondément qu'a pénétré l'action, on m'accordera qu'il vaut mieux maintenir, pour ainsi dire, celle-ci à la surface, ce qu'on ne peut toujours faire avec l'exercice violent. On évitera ainsi un danger qu'il me suffit d'indiquer.

Nous voilà donc maître de nos réactions.

Or, quoiqu'on en ait dit dernièrement, c'est à la répétition bien graduée et suffisamment prolongée de ces alternatives d'actions et de réactions, que l'hydrothérapie, combinée ou non, doit ses beaux résultats. Était-il possible d'accumuler ces alternatives sans fatiguer le malade et de le faire ainsi profiter

d'une économie de temps considérable, en même temps qu'on éviterait à l'hydrothérapie le reproche quelque peu mérité parfois d'agir trop lentement. L'expérience affirmativement, et, d'accord avec le raisonnement, elle nous a conduit à adopter à Briou a répondue comme une des bases principales du traitement auquel nous soumettons nos malades la multiplicité des exercices hydrothérapiques dans la même journée.

Cette méthode outre qu'elle permet de remplir plusieurs médications à la fois en variant dans la mêmr journée des procédés thérapeutiques, offre encore d'autres avantages bien plus précieux.

La chronicité des maladies n'est pas seulement un fait de durée. Elle constitue un caractère propre, un élément comme on disait autrefois. Lorsqu'une maladie aiguë devient chronique elle revêt un cachet nouveau qui est celui de la chronicité; une affection peut être chronique d'emblée; donc, la durée n'est pas le caractère essentiel de la chronicité.

Eh bien! contre cette torpeur désespérante du mal nous savons tous combien est lente l'action de tout remède. L'hydrothérapie telle que je ia comprends et que je la pratique, mc permet, sans repousser toutefois les ménagements souvent imposés au début, de me jeter vivement en travers de cette torpeur, de l'attaquer par cc que Charcot appelle un traitement de *vive force*, ce que le docteur Fournier vient de baptiser si heureusement à propos de la *syphilis* du cerveau, du nom pittoresque de *traitement d'assaut*, et c'est là qu'on en croit mon expérience déjà longue un avantage réel et sérieux.

En résumé, grâce aux principes que je viens de poser nous pouvons appliquer l'hydrothérapie à la dose que nous voulons, la porter comme toute autre médication et si le besoin en est aux hautes doses e même aux doses massives. Dans tous les cas, nous sommes assurés, dans une période de temps relativ e ment courte puisqu'elle se rédnit à une moyenne de six semaines, d'en tirer *tout ce qu'elle peut donner d'utile*, par rapport à tel cas ou telle individualité donnés.

Mais notre méthode, comme la méthode usuelle et plus qu'elle nécessite nombre d'appareils fort coûteux, comme aussi la surveillance continuelle d'un médecin versé dans son étude; elle ne saurait, par conséquent, être appliquée que dans un établissement spécial; son exposition complète nécessiterait, d'ailleurs, au moins un gros volume dont la connaissance ne serait pas d'une grande utilité au praticien isolé. Je me bornerai donc à étudier le parti que peut tirer de l'eau, au point de vue du traitement des maladies aiguës et chroniques, le médecin isolé de tout appareil spécial ou de toute fabrication de ces appareils.

Je commencerai cette étude dès ma prochaine lettre. Excusez-moi en l'attendant, mon cher confrère, de m'être laissé quelque peu emballer par mon dada, soyez assuré qu'à défaut de talent je suis rempli de la bonne volonté de vous servir, vous et mes confrères du *Concours Médical*, et faites bon accueil, je vous prie, à la cordiale expression de mes meilleurs sentiments de sympathie et de confraternité.

L. Pouget,

Médecin directeur de l'établissement hydrothérapique central d'Auvergne, à Brioude, (Haute-Loire.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Mon cher confrère.

Ne croyez pas que j'aie la prétention de vous soumettre jamais, à vous et à vos lecteurs, un projet d'organisation des syndicats, parce que, selon moi, cette organisation ne peut être la même pour tous les points de la France. A côté de mesures acceptables partout, il se trouve des détails qui doivent être réglés pour chaque contrée en particulier. Votre journal est ouvert à tous les médecins; que chacun vous adresse le résultat de ses réflexions et les observations qu'il a pu faire et l'on verra à extraire de toutes ces ces communications ce qui pourraêtre transféré dans la pratique; et il est possible que telle mesure, complétement impraticable dans une région donnée, puisse, dans une autre contrée, être appliquée sans aucune difficulté.

Dans le nº 9 du Journal de cette année, vous prenez la peine de signaler « quelques-unes des questions qui pourraient être abordées avec chances de conclusion pratique » par les syndicats. — Et enfin, vous vous envisagez également quelques-unes des difficultés.

Sollicitez donc les communications de tous nos confrères quels qu'ils soient. Tous, il me semble, sont intéressé dans la question, et parmi nous il n'est personnes qui ne puisse, en pareille occurrence; donner son opinion et l'appuyer sur de bonnes raisons.

Agréez, cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels,

Dr Marguerite.

BIBLIOGRAPHIE

Traitées des opérations d'urgence, par Louis Thomas, chirurgien en chirurgien de l'Hôpital de Tours, etc. etc. (1).

On connaît déjà ce livre destiné aux médecins qui ne se livrent à la pratique des opérations qu'accidentellement et sous le coup d'une impérieuse nécessité. Il a pour but non d'exposer les diverses méthodes susceptibles d'être employées dans une circonstance donnée mais d'indiquer brièvement les procédés opératoires dc celle qui mérite la préférence. La rapidité avec laquelle la première édition a été épuisée, montre que l'auteur a atteint sur but. Dans celle-ci, on trouvera, entre outre des matières contenues dans la première, les additions suivantes : les *pansements antiseptiques* qui marquent un progrès si considérable en chirurgie, les *sutures* applicables dans les opérations

(1) Un vol. in-12 2e édition revue et augmentée avec 60 figures dans le texte. Librairie Adrien Delahaye et Ce place de l'Ecole de Médecine. Prix 7, 50.

d'urgence, les *corps étrangers de l'œil* avec des considération sur l'*ophthalmie sympathique*, la description de l'*énucléation de l'œil*, et les opérations que réclame l'attaque de glaucome aigü (Iridectomie et Paracentèse cornéale).

On y trouvera également des notions relatives aux *résutions primitives, à l'ouverture des abcès* et surtout au *panaris*, aux *abcès de la main*, de *l'anus*, de *cellules mastoïdiennes* et de *l'hypopion.*

Tel qu'il est conçu, le *traité des opérations d'urgence* répond à un besoin réel de l'exercice de la médecine à la campagne, là, on n'a pas sous la main toutes les ressources qu'offre larsenal chirurgical des grandes villes. Son format très-portatif permet facilement d'en faire une sorte de *Vadeomecum.*

Traité élémentaire de pathologique interne, par J. Béhier et A. Hardy (1).

Nos lecteurs apprendrons avec plaisir, la continuation de cet ouvrage entrepris par deux maîtres dont l'un est mort déjà depuis plusieurs années. La fasciculc actuel, le premier du tome IV, comprend les maladies générales fébriles, c'est-à-dire celles qui envahissent successivement ou d'emblée les principaux systèmes de l'économie. Le praticien les trouve souvent sur sa route, car elles sont les vrais fléaux de l'humanité. Elles sont, en outre, virulentes et épidémiques au plus haut chef, car ces maladies générales fébriles s'appellent fièvre typhoïde, typhus, fièvres intermittentes, fièvre jaune, peste, suette miliaire, variole, scarlatine, rougeole, etc. Quelle est la cause de ces nombreuses affections qui se ressemblent par tant de traits et surtout par celui d'être contagieuses médiatement ou immédiatement et même par les deux moyens à la fois!

Réside-t-elle dans des organismes microscopiques, des *micrococcus,* bactéries, etc., qui, par leur multiplication excessive au sein de l'économie, y produiraient les graves désordres que l'on connaît? Cohn a trouvé des organismes semblables dans la variole, la diphthérie, etc. A cause de l'obscurité qui règne encore sur cette partie de la science, il y a un immense intérêt pour le médecin, à rechercher, de plus en plus, les moyens de transmissions de ces terribles affections, car leur thérapeutique aura réalisé un immense progsès le jour où l'on saura le pourquoi et le comment de la contagion.

L'importance des matières contenues dans ce fascicule nous autorise donc à croire que son apparition sera fort bien accuillie des praticiens. Dr A. B.

(1) Tome IV, 1re partie, un vol. in-8. Librairie Asselin et Ce, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr L., à C. (Seine-et-Marne).

Nous retrouvons enfin, votre lettre égarée du 20 septembre 79. Nous vous rangeons parmi les fondateurs, sous le no 999, qui vous avait été réservé, pour le cas ou votre adhésion serait retrouvée.

— Dr D., à T., 13 mars.

Nous avons inscrit vos deux confrères. On leur fait le service. Mais nous n'avons pas encore reçu les adhésions signées.

— Dr Ch., à O., 226, 15 mars.

Nous avons en portefeuille un manuscrit qui traite, d'une manière remarquable, la question de la méthode thérapeutique dont vous parlez. L'auteur de ce travail a été comme nous d'avis d'en différer la publication. Dans tous les cas, nous pensons que ce mode de traitement ne se conciliera pas longtemps la confiance du client de la campagne. Quant au médecin, c'est à lui qu'incombe le soin de se faire une opinion. Cela nous semble assez difficile.

— Dr L., à L.-B. (Charente), 16 mars.

Comme nous n'avions pas reçu les renseignements que réclamait votre lettre de 1879, nous vous avons maintenu seulement la qualité de participant. A la première vacance, vous prendrez place parmi les fondateurs.

— Dr S., à C., 16 mars.

Même réponse,

— Dr G. D.-P., à M. (Seine-et-Marne), 18 mars.

Même reponse.

— Dr P., 212 (Seine-et-Oise).

« *Je vous prie d'inscrire au nombre des participants le Dr P., mon ami, je me suis longuement entretenu avec lui de l'œuvre commune; j'ai eu le plaisir de l'y rallier et j'espère qu'à son tour, il se fera un devoir de nous recruter de nouveaux adhérents.* » Nous inscrirons le Dr P. et le prions de nous écrire un mot d'adhésion. Nous comptons sur votre visite à votre premier déplacement à Paris. — *Lundi, mercredi et samedi de 3 à 5 heures.*

— Dr M., 713 (Yonne), 18 mars.

Il y avait double emploi de votre nom. Il nous semble qu'il ne vous serait pas difficile d'utiliser les numéros doubles en les remettant à l'un de vos amis.

— Dr B., à S. (Drôme), 19 mars.

Vos désirs seront remplis. Merci de l'adhésion; le confrère est inscrit; qu'il envoye un mot.

— Dr M., à P., 19 mars.

« *Il m'est d'autant plus agréable de répondre à votre question, que je suis porté à sympathiser avec les généreuses et fécondes idées qui nous unissent. Ce serait faire acte de Concours médical trop facile et trop passif, que de nous contenter de recevoir à titre gracieux, votre feuille si remplie d'enseignements utiles et si ardente en même temps à la recherche de tout ce qui peut être utile à la famille médicale. Nous devons nous faire un plaisir de collaborer avec vous. Oui, nous avons en 1876, établi une forme de syndicat dans l'arrondissement de L... Nous n'avons eu que deux réunions; mais nous nous tenons pour satisfaits des résultats obtenus et nous pouvons maintenant compter sur un salaire presque rémunérateur, tandis qu'auparavant, il était dérisoire, etc...* »

Voilà en résumé la situation qu'expose notre confrère. Nous voyons là le premier degré du syndicat permanent, qui n'a rien à voir avec les chambres de discipline, mais peut exercer son heureuse influence de tant de façons. C'est à nos confrères de l'arrondissement de L... qu'il appartient de creuser le sillon qu'ils ont heureusement ouvert.

Le Dr M., termine sa lettre par cette phrase : « *Je défie ceux qui lisent le Concours attentivement de rester insensibles à notre généreux entraînement.* » Nous le remercions de cette appréciation et voulons en tirer un augure favorable pour l'avenir.

— Dr S., à M. (Isère), 19 mars.

Vous serez inscrit fondateur à la première vacance. Nous recourrons à votre obligeance bientôt, pour de nouveaux renseignements, Vous ajoutez :

« *Le but que je désirerai surtout vous voir poursuivre et atteindre est celui-ci : moyennant une somme de... versée chaque année par les sociétaires, arriver à l'âge de 55 à 60 ans à une retraite minima de 1,800 francs. Dans le cas ou le médecin viendrait à mourir, avant cet âge, d'une maladie résultant de l'exercice de la profession, la pension reviendrait à sa veuve ou à ses enfants. Pour engager les jeunes confrères à venir à nous, la prime qu'on exigerait d'eux à l'entrée de la carrière serait le moindre possible.* »

Ces diverses indications et aspirations nous semblent realisées par l'exposé du présent numéro. Veuillez attendre le plan *in extenxo.* Vous verrez alors que nous suffisant à nous-mêmes, sans risque, nous créons une caisse de prévoyance, pourvue de ressources en rapport avec le nombre des assurés et tout à fait indépendante du *Concours Médical.* Celui-ci, par ses produits, par la création des fonds commun qui fonctionne depuis sa fondstion, pourra plus tard aborder la question des veuves et enfants.

— Dr Th., à St.-A., à L. (Haute-Vienne).

Nous vous serons très-obligé de céder votre situation dans le *Concours Médical* à un de vos confrères, puisque vous n'exercez plus la médecine. Mais puisque vous le souhaitez, il nous sera agréable de vous continuer l'envoi du journal.

— Dr G., 459 (Vendée), 21 mars.

No envoyé et le Dr G., votre frère, inscrit.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
2me Année. — No 14 | 3 avril 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Notre distingué confrère, M. de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, a lu à l'Académie un travail intitulé : *Étude physiologique et clinique sur les phénomènes d'excitation produits par une série de bains tempérés dans une eau minérale à faible minéralisation.*

Ce travail se résume dans les propositions suivantes que nous reproduisons : 1o Des bains à la température de 33 à 35 degrés centigrades et de dix à quarante minutes de durée, pris dans une eau minérale naturelle ne contenant en dissolution que 1g, 1445 de principes fixes, produisent, du cinquième au douzième jour, des phénomènes d'excitation de deux ordres : d'abord une excitation générale d'ordre physiologique, caractérisée principalement par un mouvement fébrile plus ou moins marqué, de l'agitation pendant la nuit, de la courbature pendant le jour, des troubles variables de la digestion, parfois une légère poussée à la peau ; en second lieu une excitation spéciale, variant avec la nature de la maladie, les dispositions particulières de chaque malade, et consistant dans une exacerbation des symptômes qu'il présente, principalement à ceux qui dominent la scène morbide.

2o Cette excitation spéciale, dans les nombreuses observations que j'ai recueillies, n'a fait défaut qu'une fois ; il est donc permis de dire qu'elle est à peu près constante ; elle porte, sans exception, sur tous les troubles fonctionnels, sur tous les symptômes que peuvent présenter les malades soumis à l'action des bains. Il suffit, pour résumer les faits cliniques rapportés dans ce travail, d'énumérer rapidement : — les douleurs et les fluxions articulaires du rhumatisme, qui passe quelquefois à l'état aigu ; — les douleurs névralgiques, qu'elles soient primitives ou symptomatiques d'une autre affection, parfois d'une lésion des nerfs ; — les phénomènes protéiformes, douleurs, hyperesthésie ou anesthésie, vertiges, palpitations, lypothymies, agitation, insomnie, etc., qui marquent certains états névropathiques, tels que l'irritation spinale, la névropathie cérébro-cardiaque, la maladie de Ménière, l'agoraphobie, et tant d'autres que la clinique n'a pas encore définis ; — les troubles fonctionnels non moins variés de l'hystérie, névralgies, accès convulsifs, état syncopal, état cataleptique, spasmes, contractures, délire, hallucinations, etc. ; — les mouvement incoordonnés de la chorée ; les oscillations rhythmiques de la paralysie agitante ; — d'une manière générale, les troubles sensitifs et moteurs des affections spinales, tels que les douleurs fulgurantes et l'incoordination motrice de l'ataxie, la faiblesse et la rigidité musculaires de la paralysie spasmodique, les fourmillements, les picotements, les dysesthésies de certaines formes de myélite, etc. ; — les phénomènes nerveux et congestifs des affections utérines ; les symptômes spasmodiques de certaines maladies des voies urinaires chez l'homme ; — l'irritation de la peau causée par les dermatoses, urticaire, eczéma, echthyma, etc.

3o L'excitation qui se manifeste d'habitude du cinquième au dixième jour est parfois tardive et

n'apparaît que dans la dernière période du traitement. Assez souvent, dans les premières semaines qui suivent la cure, surviennent de nouveaux phénomènes d'excitation qui constituent une véritable crise post-thermale.

4° Si, dans les conditions expérimentales susmentionnées, on recherche la cause de cette excitation, on ne la trouve ni dans la thermalité de l'eau, ni dans l'absorption et l'action consécutive sur l'organisme des principes minéraux dissous, ni dans une action irritante et révulsive sur la surface tégumentaire de ces mêmes principes : cette cause semble plutôt résider dans une modification de l'innervation cutanée, et secondairement, par sympathie ou action réflexe, de l'innervation des autres systèmes ou appareils de l'économie en particulier de ceux qui sont atteints par la maladie.

5° Cette modification de l'innervation cutanée ne saurait s'expliquer par une action dynamique mal définie ; il paraît rationnel de l'attribuer à une excitation directe des fibres nerveuses de la surface du derme par les principes minéraux dissous dans l'eau et jouant le rôle soit d'excitants physiques, soit d'excitants chimiques, soit l'un et l'autre simultanément. C'est vers la détermination de ces actions élémentaires que doivent tendre les nouvelles recherches.

6° Au point de vue clinique, le degré de l'excitation thermale ne peut servir de critérium absolu pour faire préjuger les effets de la cure ; on peut dire, cependant, qu'une excitation franche et vive est en général d'un pronostic favorable.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA FORME MÉDICAMENTEUSE ET DU MODE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC.

(Suite et fin).

III. — *Maladies diverses, avec affection gastrique concomitante.*

C'est tout l'arsenal thérapeutique qu'il faudrait ici passer en revue ; mais encore une fois je n'ai pas la prétention d'être complet et je ne veux pas prolonger outre mesure une étude déjà longue.

Peut-être devrais-je ne considérer que les formes pharmaceutiques en général et ne discuter que leur valeur comparative ; il est pourtant encore quelques médicaments que je ne peux passer sous silence, tant à cause de la multiplicité des indications qui les réclament, que de la durée qu'on donne à leur administration.

La digitale et l'opium sont dans ce cas.

La *digitale* est employée sous forme de poudre, d'infusion, de teintures, de sirop, d'extraits. Souvent, enfin, elle est remplacée par la digitaline amorphe ou cristallisée.

La poudre de digitale, entre les mains de Hirtz, a donné des résultats merveilleux ; mais il faut avoir vu le produit dont s'est servi le célèbre professeur pour comprendre ces résultats. Nous ne saurions nous flatter d'en obtenir de semblables, et, obligés de nous contenter des produits du commerce, il nous faut reconnaître que cette forme est bien infidèle.

Son action topique irritante sur la muqueuse stomacale, bien qu'atténuée par le mucus qui ne tarde pas à l'invisquer, détermine parfois pourtant des nausées et des vomissements. Une certaine quantité d'ailleurs peut n'être pas absorbée de suite, peut n'être même pas mouillée, puis tout d'un coup elle peut agir en même temps qu'une dose nouvelle et, par accumulation, provoquer des accidents.

La poudre de digitale sera donc rejetée ; il en sera de même des pilules à base de poudre, car celles-ci, si elles sont facilement solubles, déterminent une irritation d'autant plus vive que la muqueuse est déjà malade et, si, au contraire, elles ne fondent que difficilement, exposent aux phénomènes toxiques de l'accumulation de doses.

Les préparations dissoutes sont infiniment supérieures. L'infusion, qu'on doit faire, non avec les feuilles, mais avec la poudre des feuilles, présente les propriétés nauséeuses de la digitale en nature et, ultérieurement, détermine des effets diffusés, qui sont d'autant moins intenses que les vomissements auront été plus prompts et plus abondants.

L'infusion, qu'on conseillera avec avantage au début d'une affection aiguë, ne saurait être administrée pendant longtemps sans provoquer des désordres du côté de l'estomac. Elle ne saurait convenir davantage, quand l'irritabilité de l'organe fait mal supporter les médicaments.

Le sirop, bien que mieux toléré en général, trouve pourtant aussi des estomacs rebelles. Peut-être n'y a-t-il souvent qu'à accuser une manipulation défectueuse ou un mauvais choix de la matière première, car quelques sirops sont souvent supportés, alors que d'autres déterminent des vomissements capables d'en faire cesser l'emploi.

Le sirop convient néanmoins à un usage prolongé surtout chez les enfants. C'est lui, ou la teinture alcoolique, qu'on doit conseiller, si l'on veut employer la digitale en nature.

La teinture alcoolique est en effet une bonne préparation ; il n'en est pas de même de la teinture

éthérée qui, ne contenant que de la chlorophylle, ne peut être considérée comme une préparation de digitale.

Mais toutes ces préparations renferment les éléments complexes de la digitale (matière résineuse, digitalin, digitine, acides digitalique et digitoléique) et ne peuvent posséder l'action précise propre à la *digitaline*. Toutes, à un degré quelconque, sont nauséeuses et aux effets diffusés ajoutent une action émétique et spoliatrice.

Or ces propriétés, souvent fâcheuses, alors que les fonctions digestives sont indemnes, sont encore plus nuisibles si l'estomac est malade : toutes les fois donc qu'il y aura nécessité de prolonger l'action du médicament, toutes les fois que chez un dyspeptique on recherchera les effets de tonification cardiaque et vasculaire, c'est à la digitaline qu'on donnera la préférence.

La digitaline se donne en granules ou en solution : on ne saurait l'administrer en nature sous peine de produire une inflammation violente et pouvant même aller jusqu'à la production d'eschares.

Les granules sont une forme commode et généralement bien acceptée de l'estomac. Ils conviennent surtout lorsque la médication doit être prolongée ; on les administre à intervalles éloignés, afin d'assurer leur dissolution et d'éviter les phénomènes d'accumulation.

Par contre, lorsqu'il faudra rapprocher les doses, comme dans une affection aiguë, c'est à la solution alcoolique qu'il faudra recourir. Je ne saurais trop recommander l'emploi d'une solution titrée qui permet, outre une posologie des plus faciles, le mélange avec des véhicules appropriés (eau sucrée, potion, sirop, etc...)

Deux digitalines sont actuellement à la disposition du corps médical : la digitaline amorphe et la digitaline cristallisée.

A cette dernière appartiendra, en fin de compte, la victoire; ses effets sont plus énergiques et plus sûrs. Mieux vaut donc fractionner les doses et formuler, au besoin, par un quart de milligramme, et s'assurer une précision que seule peut présenter la substance cristallisée.

J'ai déjà parlé de l'*opium* en commençant ce travail, en traitant les affections gastriques proprement dites ; je ne reviendrai donc pas sur le choix qu'il faut faire entre les différentes formes pharmaceutiques. Mais les préparations d'opium qui servent de bases aux potions, sirops, pilules, etc... présentent des différences assez sensibles pour mériter une mention spéciale.

L'opium brut est peu employé ; il en est de même des extraits vineux et alcoolique.

L'extrait gommeux, au contraire, est fréquemment ordonné, ainsi que la teinture alcoolique d'extrait, dite teinture thébaïque et la teinture vineuse d'opium ou laudanum.

Les alcaloïdes de l'opium sont nombreux et possèdent des propriétés diverses ; il y a des stupéfiants (morphine, narcéine, codéine), des convulsivants (thébaïne, papavérine, narcotine), même un émétique (apomorphine). Or les préparations, ci-dessus mentionnées, ne contiennent pas tous ces alcaloïdes divers et leurs propriétés s'en trouvent notablement modifiées.

L'extrait gommeux, par exemple, ne contient ni narcotine ni thébaïne : c'est une bonne préparation, supérieure à l'opium lui-même, puisqu'elle est privée de substances nuisibles. C'est le calmant par excellence ; c'est lui qu'on prescrira dans les cas de dyspepsie névrosique, douloureuse ou spasmodique ; dans les états inflammatoires de l'organe, etc...

La teinture thébaïque, préparée avec cet extrait, convient dans les mêmes cas : c'est peut-être la meilleure préparation liquide : elle n'a pas le goût si désagréable du laudanum et possède une action franchement hypnotique et narcotique.

Le sirop diacode enfin, préparé avec cet extrait aussi et non plus avec des pavots blancs, conviendra lorsqu'il faudra n'administrer que des doses faibles, par exemple, lorsque les opiacés en général seront mal supportés. C'est encore le médicament qu'on prescrira aux enfants, à l'exclusion pour ainsi dire de tous les autres.

Le laudanum de Sydenham joint au contraire aux propriétés narcotiques de l'opium, une certaine action stimulante ; on y trouve, en effet, tous les alcaloïde de l'opium et de plus quelques substances aromatiques. On le préfèrera donc dans le cas d'atonie stomacale ; pour la même raison on l'associera à l'alcool, à l'éther, etc...

Pourtant sa saveur désagréable, nauséeuse même, le rend intolérable à certaines personnes. On pourrait alors le remplacer par le *Laudanum de Rousseau* qui est obtenu par fermentation, mais qui renferme une proportion plus que double de substances actives.

Une action stimulante plus énergique serait encore obtenue avec la *teinture d'opium ammoniacale* très-usitée des médecins anglais.

La *morphine*, qui est l'alcaloïde dominant de l'opium et qui reproduit ses principaux effets, n'a pourtant pas avec lui une similitude d'action parfaite : la composition complexe de la substance en nature, l'explique suffisamment. Elle est franchement sédative et narcotique et, introduite dans l'estomac, ne détermine aucune action irritante.

Elle remplacera donc avantageusement l'opium, toutes les fois que celui-ci sera mal toléré, d'autant mieux qu'elle se prête à toutes les formes pharmaceutiques (solution, potion, sirop, pilules, lavement, etc...)

Mais c'est surtout en injections hypodermiques que la morphine rend de précieux services ; son administration, *loco dolenti*, s'il est permis de parler ainsi, amène une sédation plus rapide et plus durable que lorsqu'elle n'agit que par ses effets diffusés. C'est ainsi, par exemple, que les injections hypodermiques calmeront les vomissements de la grossesse mieux que ne pourrait le faire l'absorption de la morphine par la bouche.

Il convient toujours de commencer par des doses faibles, certaines personnes présentant une impressionnabilité excessive pour les préparations opiacées et ressentant les effets toxiques du morphinisme aigu, après l'absorption des quantités les plus minimes.

Je m'arrête, je crois avoir passé en revue les médicaments les plus fréquemment employés, ceux dont l'administration est souvent prolongée. Je terminerai en disant d'une manière générale qu'aux estomacs fatigués il faut éviter l'absorption de quantités massives.

On évitera de gorger l'estomac de tisanes, de macérations ou d'infusions de toute sorte; on évitera encore de répéter trop souvent l'ingestion des médicaments. On préfèrera, toutes les fois qu'il sera possible, l'heure des repas, afin de diminuer l'action topique plus ou moins irritante et d'augmenter la tolérance de l'organe. On choisira toujours avec soin les véhicules, en se rappelant que les mucilages, les solutions albumineuses, le lait, font accepter des substances qui autrement administrées seraient sûrement rejetées.

On évitera encore, lorsque l'intolérance de l'estomac sera manifeste, d'épuiser la contractilité, la vitalité même de l'organe, par des doses multipliées de substances narcotiques qui sans doute finissent par amener la tolérance, mais ne donnent ce résultat qu'au prix d'un anéantissement complet du viscère.

Les formes peu solubles (pilules, dragées, granules, capsules) nécessaires, parfois, lorsqu'il faut dissimuler l'odeur ou la saveur désagréable du médicament, seront toujours rejetées lorsque celui-ci pourra, sans trop de répugnance, être pris sous une autre forme. On se rappellera, d'ailleurs, qu'elles sont, toutes choses égales, moins actives que les préparations solubles et qu'elles exposent particulièrement aux accidents toxiques de l'accumulation des doses.

Il faudra toujours enfin tenir compte, dans une certaine mesure, des goûts et des répugnances du malade et ne pas oublier que, d'un caprice de l'estomac, peut dépendre souvent le succès ou l'échec d'une médication tout entière.

Dr A. Gassot

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT DU PARAPHIMOSIS.

Nous avons rapporté dans un précédent numéro (1), la méthode préconisée par M. le professeur Verneuil dans le phimosis. Nous avons vu que, quelquefois, pour remédier à certains cas de phimosis l'illustre chirurgien les transformait volontairement en paraphimosis qui, abandonné à lui-même, ne tardait à guérir très-facilement. Selon M. Verneuil, en effet, on a singulièrement exagéré la gravité des accidents dus au paraphimosis.

(1) *Concours médical*, nos 8 et 9, 1880.

Depuis longtemps M. Verneuil pratique l'expectation pure, simple, et ne tente la réduction elle-même que dans certaines circonstances déterminées.

Voici les règles précises suivies par l'auteur de la *Chirurgie réparatrice*.

Les malades se présentent au chirurgien, tantôt immédiatement après l'accident, tantôt les jours suivants. Quand la lésion est récente, la réduction s'effectue assez aisément et il est bon de l'essayer; mais si, vingt-quatre heures déjà se sont écoulées, elle devient d'ordinaire malaisée, très-pénible pour le patient et capable d'augmenter beaucoup les désordres locaux. M. Verneuil a vu maintes fois des inflammations violentes, des déchirures étendues du prépuce, provoquées précisément par des manœuvres réitérées et d'ailleurs infructueuses.

Quelques sujets sont venus réclamer ses soins au troisième ou quatrième jour, alors que rien n'avait été fait encore. Le gland était turgide, le prépuce très-gonflé formait en arrière un bourrelet œdémateux considérable; une ulcération se dessinait au niveau de l'anneau constricteur déjà partiellement sphacélé. Malgré tout cela, il n'y avait point de douleurs, seulement un peu de gêne et nul obstacle sérieux à la miction. Dans un cas de ce genre, *conformément aux préceptes classiques*, « je fis le débridement avec la sonde cannelée et le bistouri, puis je cherchai à réduire; mais je ne réussis qu'à causer au patient de vives douleurs, sans pouvoir ramener le prépuce qui était retenu à sa place anormale par des adhérences inflammatoires. Des applications résolutives, le repos au lit, la position élevée de la verge furent prescrites et amenèrent la guérison, qui fut retardée toutefois par la cicatrisation lente de la plaie opératoire. »

Un nouveau cas s'étant présenté, je me contentai de la thérapeutique anodine que je viens d'indiquer et en huit jours tout était fini.

Les tentatives de réduction sont surtout très-nuisibles dans une occurrence qui n'est pas très-rare; lorsqu'il y a coexistence du paraphimosis avec le chancre mou. Certains malades, dont le prépuce d'ailleurs est suffisamment ample, tiennent le gland découvert pour pouvoir panser les ulcérations. Un beau jour le prépuce ne peut plus être ramené sur le gland et le paraphimosis s'établit. Or il faut le traiter encore par les simples résolutifs et de ne point essayer la réduction. En effet, si elle échoue, les manœuvres plus ou moins violentes exercées sur le prépuce et le gland font saigner les chancres, les agrandissent, créent des plaies nouvelles qui ne tardent pas à s'inoculer, et

provoquent de plus une recrudescence inflammatoire très-nuisible à la guérison des chancres. Si elle réussit, le gonflement du prépuce rend inaccessibles les ulcérations profondes dont le pansement devient ainsi impossible. ....

En résumé, voici ce que conseille M. Verneuil.

1° Dans les cas de paraphimosis observés dans les premières vingt-quatre heures et sans complications quelconques du côté du gland ou de l'urèthre, faire une ou deux tentatives de réduction pure et simple avec la main seule et sans débridement.

2° En cas d'insuccès, ou si l'accident date de deux ou trois jours, s'abstenir, envelopper la verge de compresses imbibées d'une solution résolutive, eau blanche, alcool camphré, etc., renouvelées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; tenir la verge relevée contre la paroi abdominale; imposer le repos au lit pendant plusieurs jours.

3° S'il existe des chancres, une balanite ou une uréthrite très-aiguë, s'abstenir de toute manœuvre et instituer d'emblée le traitement précédent.

4° Dans les cas que j'ai vus jusqu'à présent, la turgescence du gland ne m'a jamais inspiré d'inquiétude. Si toutefois l'étranglement semblait très-prononcé, chose possible sans doute, puisque les auteurs en parlent, on pourrait lever l'étranglement susdit par une incision linéaire faite parallèlemement à l'axe de la verge et comprenant toute l'épaisseur de la bride. Mais on s'en tiendrait là et on ne tenterait point la réduction.

5° La création artificielle d'un paraphimosis est indiquée dans certains cas de phimosis peu prononcé.

Si l'on veut bien comparer avec la série nombreuse des procédés énumérés dans nos traités de médecine opératoire, la pratique très-bénigne préconisée par M. Verneuil, on avouera que cette dernière a au moins pour elle sa simplicité.

Quant à son efficacité, rien jusqu'ici n'autorise à la mettre en doute.

REVUE D'HYGIÈNE

ALIMENTATION DES NOURRICES

Allaiter un enfant, dit le Dr Bachelet (1), c'est lui transmettre au moyen du lait les principes nécessaires à son entretien et à son accroissement.

La nourrice est donc obligée de demander aux aliments une augmentation de matière alibile pour pouvoir faire face à un surcroît de dépenses inévitables.

Existe-t-il des aliments capables d'augmenter la sécrétion lactée?

Examinons cette question avec le Dr Anarion (1).

« Je n'ai que très-peu de confiance, dit Cazeaux, aux médicaments et aux aliments auxquels pendant si longtemps on a prêté la propriété d'augmenter le lait. Toutefois, l'autorité du nom de Desormeaux plaide en faveur de l'anis, du fenouil et des lentilles, qu'il dit avoir augmenté la quantité de lait chez quelques-unes de ses clientes. »

Et dans un autre endroit, le même auteur déclare avoir connu une nourrice dont le lait était sensiblement plus abondant quand elle avait mangé plusieurs fois de la purée de lentilles.

Or, parmi les légumes, les lentilles sont un des aliments les plus nourrissants.

Il en est de même des haricots et des fèves, mais les premiers ne sont pas toujours sans inconvénients et peuvent en même temps causer des coliques aux enfants et aux nourrices.

« L'anis a joui d'une grande réputation comme augmentant la quantité du lait des nourrices. Peut-être n'est-ce qu'en rendant leurs digestions meilleures et plus promptes. Il serait pourtant, de cette manière, difficile de se rendre compte de la propriété d'accroître la sécrétion du lait attribuée aux cataplasmes et aux fomentations avec l'infusion de fruits d'anis et appliqués sur les seins. » (Trousseau et Pidoux.)

M. Delwart, professeur vétérinaire belge, conseille la poudre d'anis à la dose de 94 à 126 grammes, en breuvage, pour donner du lait aux juments nourrices.

Mais, chose singulière, deux plantes voisines, aromatiques aussi, la menthe et la sauge, sont au contraire antilaiteuses.

D'après Linné et une foule d'autres auteurs, les vaches qui mangent de la menthe dans les pâturages ont un lait séreux; et chez les nouvelles accouchées, la menthe prise en infusion et appliquée en fomentations sur les seins empêche la sécrétion du lait.

Van Swicten employait la sauge dans les galactorrhées qui persistent après l'allaitement; elle est, à ce point de vue, encore plus énergique que la menthe.

La roquette, le céleri, le fenouil, les poireaux, la pimprenelle avaient aussi chez les anciens la

(1) *Conseils aux mères de famille.* Paris. G. Masson, 1877.

(1) *Archives de Tocologie.* 1877.

réputation de donner beaucoup de lait.

Et d'après Taberna Montanus, si l'on place de la pimprenelle pendant six heures seulement sur le sein, la quantité de lait devient si considérable qu'on est obligé de cesser l'expérience.

Une bonne nourriture est pour les nourrices une chose indispensable; mais il faut bien se garder de croire que leur unique souci doit être de beaucoup manger et beaucoup boire. Non, comme le dit Gardien, car, en surchargeant leur estomac, elles digéreront mal, et leur lait en souffrira en quantité et en qualité.

Ce qu'il faut, c'est une nourriture régulière, mixte, où les viandes s'associeront aux légumes, car il ne faut pas craindre ceux-ci lorsqu'ils sont de bonne qualité et bien préparés. Cullen, d'après une pratique de cinquante ans, dit que le régime purement végétal donne plus de lait aux femmes et un lait de meilleure qualité.

Il est évident que si les végétaux acides nuisaient aux fonctions de l'estomac, la nourrice devrait s'en abstenir, mais s'ils sont bien supportés, bien digérés, ils ne peuvent avoir aucune espèce d'inconvénient.

M. Chevalier de Molle a remarqué que les nourrices qui mangeaient des végétaux avaient un lait plus sucré et que leurs enfants jouissent d'une santé d'autant meilleure que le lait est plus sucré.

Ce fait est d'ailleurs confirmé par les expériences de M. Dumas, qui a constaté que le lait des chiennes nourries exclusivement pendant quinze jours avec de la viande ne contenait point de sucre de lait, tandis que le lait des chiennes nourries avec du pain ou autres matières végétales en renferme une quantité notable.

Ainsi donc, si les viandes doivent occuper une si grande place dans l'alimentation des nourrices, il faudrait bien se garder de les considérer comme abolument indispensables et encore moins comme seules propres à donner du lait.

Elles représentent sous un petit volume une forte proportion de matières azotées, telle est leur seule valeur au point de vue lactigène.

Toutes n'ont pas d'ailleurs la même importance, et il est bon que nous examinions successivement les principaux aliments d'origine animale au double point de vue de leur puissance nutritive et de leur digestibilité.

Les principales viandes de boucherie sont, par ordre de digestibilité : le mouton, le bœuf, l'agneau, le veau et le porc.

A poids égal, le pouvoir nutritif de ces viandes est sensiblement le même; cependant, d'après Brandes, on pourrait estimer ainsi les quantités de matières azotées contenues dans 100 parties de chair musculaire :

	Eau.	Albumine et fibrine.	Gélatine
Bœuf.........	74	20	6
Mouton........	71	22	7
Poulet.......	73	20	7
Veau.........	75	19	6
Porc..........	76	19	5
Sole..........	79	15	6
Merlan........	82	13	5

En somme, quelleque soit l'espèce de viande consommée, pourvu qu'elle soit bien digérée, le but est rempli, et il ne saurait y avoir pour la nourrice avantage à se nourrir plutôt de l'une que de l'autre.

La volaille est d'une digestion facile; le poulet se digère mieux cependant que le dindon, et celui-ci mieux que le canard et l'oie, et toutes ces viandes sont préférables grillées ou rôties.

Le gibier et la venaison sont des aliments dont une nourrice peut faire un usage modéré, mais qui ne sauraient faire la base de la nourriture journalière.

Le poisson est peu nourrissant; certaines espèces se digèrent difficilement et peuvent même déterminer des maladies légères : nous engageons donc les nourrices à s'en abstenir le plus possible.

Voilà pour les viandes fraîches.

Quant aux viandes salées, de l'avis de tous les auteurs, elles doivent être complétement proscrites; il en est de même des ragouts fortement assaisonnés ou épicés, qui, a-t-on prétendu, occasionnent des maladies cutanées aux nourrissons, mais qui, dans tous les cas, ont le grave inconvénient d'être on ne peut plus indigestes.

Les œufs, et surtout les œufs frais, sont très-nourrissants, puisqu'ils contiennent environ le tiers de leur poids d'azote; ils conviennent parfaitement aux nourrices.

Il en est de même du lait et de ses préparations diverses (beurre, fromage, etc.) : c'est, comme on l'a dit, un aliment complet, de facile digestion, et que nous ne pouvons que recommander. Cependant, les fromages salés et fermentés devront toujours être pris en très-petite quantité.

Arrivons maintenant aux aliments d'origine végétale.

Le premier par son importance est le pain; nous n'avons rien à en dire, car chacun en mange suivant ses habitudes, suivant la quantité d'autres aliments dont il peut disposer.

Comme lui, les pâtisseries ont pour base la farine de froment, à laquelle on associe du beurre

en plus ou moins grande quantité. La pâtisserie est lourde, indigeste, et par conséquent ne saurait convenir aux nourrices.

La pomme de terre, dont l'usage est si répandu, est peu nourrissante ; elle doit être associée à la viande, et, dans ce cas, c'est un bon aliment.

Nous ne parlerons des champignons que pour les proscrire d'une façon absolue: comment exposer deux vies, pour le mince plaisir de manger un aliment aussi peu nécessaire ?

Les légumes proprement dits ont un faible pouvoir nutritif, mais sont généralement de facile digestion.

L'asperge convient peu aux femmes qui allaitent ; elle ne nourrit guère, et sa propriété diurétique s'exerce évidemment aux dépens de la sécrétion lactée.

Le céleri, au contraire, surtout cuit, est stimulant et a été autrefois très-recommandé.

L'artichaut cuit est encore un bon légume.

Mais il faut se défier des choux ; ils nourrissent peu, se digèrent très-mal et occasionnent parfois des coliques aux nourrissons. Tout au plus permettons-nous le chou-fleur.

La laitue cuite peut être mangée par les nourrices.

La carotte, le navet, sont à rejeter à peu près complètement.

Les légumineux doivent être considérés à deux périodes différentes de leur développement.

Très-jeunes, verts, les pois, les haricots, les fèves sont des aliments de facile digestion et très-nourrissants; mais il n'en est plus de même lorsqu'ils sont à maturité complète ou secs ; alors ils se digèrent difficilement et donnent naissance à de nombreux gaz.

Cependant, nous devons faire une réserve pour les lentilles, et nous avons déjà dit qu'on considérait au contraire cet aliment comme excellent pour les nourrices. Toutefois, pour être sans danger, c'est sous forme ou mieux à l'état de purée que ces légumes doivent être consommés.

Les diverses espèces de salades ne seront permises qu'autant que les acides ne fatigueront pas l'estomac, et, bien entendu, elles ne devront jamais être prises qu'en petite quantité et comme complément d'un repas.

Les fruits bien mûrs ne présentent pas d'inconvénients ; certains d'entre eux, au contraire, par la quantité de sucre qu'ils contiennent peuvent contribuer à donner de la qualité au lait.

En résumé, les nourrices doivent avoir un régime alimentaire nutritif, mais mixte, et leur grande préoccupation doit être, non de beaucoup manger, mais de beaucoup digérer. C'est ce qu'elles obtiendront en suivant les conseils que nous venons de leur donner et en choisissant parmi les aliments que nous avons conseillés ceux qui conviennent le mieux à leur tempérament et à leur goût.

2. *Aliments liquides.* — Les nourrices doivent-elles beaucoup boire, et une grande quantité de liquide ingérée est-elle favorable à la sécrétion lactée ?

M. Magne dit que les vaches laitières réclament de fortes quantités d'eau. Au contraire, M. Jamet s'élève contre cette pratique. Quand les mères boivent trop, dit-il, leur lait est peu riche en principes alibiles, et leur estomac distendu par les liquides ne digère qu'imparfaitement.

Dans une note lue à l'Académie des sciences, M. Dancel est venu soutenir et affirmer non-seulement l'utilité, mais encore la nécessité des grandes quantités de boisson pour favoriser la sécrétion du lait.

D'après cet auteur : La quantité de lait donnée par une vache est en proportion de l'eau qu'elle boit. Une vache qui ne boit pas trente litres d'eau par jour, et il y en a, n'est pas bonne laitière : elle ne peut donner que six à huit litres de lait.

« Une vache qui boit soixante litres d'eau par jour, et il y en a, est excellente laitière : elle peut donner vingt à vingt-cinq litres de lait et même davantage, et de bon lait.

« L'agriculture peut tirer parti de ce principe pour reconnaître la vertu lactigène d'une vache. L'art de guérir peut y puiser des enseignements pour l'hygiène des nourrices. »

Mais, si l'absorption de l'eau est si utile aux nourrices, est-il de même, pour la femme qui allaite, de l'usage du vin et des boissons fermentées ?

Non. Et les faits vont nous montrer quel danger l'abus du vin chez les nourrices peut faire courir aux nourrissons.

M. Alphonse Leroy avait depuis longtemps remarqué que certaines femmes ne pouvaient boire un verre ou deux de vin, sans avoir un lait âcre qui occasionnait les cris de l'enfant.

Voici à ce sujet une très-intéressante observation de M. Dr Charpentier.

Une femme est accouchée, il y a quelques mois, pour la deuxième fois, d'un gros et bel enfant. Pendant les trois premières semaines, cet enfant allait très-bien, et la nourrice que j'avais placée moi-même près de cet enfant, semblait être une excellente nourrice, quand la mère me dit un jour qu'elle était étonnée de voir son enfant être agité, énervé chaque fois qu'il avait tété, au lieu de s'endormir, comme faisait son premier enfant; après avoir tété il criait, s'agitait, devenait rouge, en un

mot, il n'avait pas du tout l'aspect habituel des enfants qui ont leur suffisance de lait.

J'examinai la nourrice. Je n'avais rien à noter, elle avait beaucoup de lait : ce lait était très-abondant, très-riche en globules. J'engageai à patienter. Au bout de quelques jours, l'enfant avait alors cinq semaines, il fut pris d'une éruption très-abondante de gourme sur la figure, le cou et une partie du tronc; la peau devint rouge, les garde-robes furent de plus en plus difficiles, et enfin, à cette agitation persistante après l'allaitement succéda une fois une véritable crise convulsive dont je fus témoin, sans pouvoir, d'après les phénomènes présentés par l'enfant, attribuer son état à aucune des causes habituelles des convulsions enfantines. Je questionnai alors les parents et tout le monde autour de moi; les domestiques finirent par m'avouer que, l'enfant étant très-gros et très-vigoureux et tétant beaucoup, la nourrice, dont le lait avait déjà neuf mois, buvait par jour, dans le but de le renouveler, comme elle me l'a avoué, quatre bouteilles de vin qu'elle supportait assez bien pour ne pas avoir soulevé les soupçons de sa maîtresse. Je pensai de suite à une intoxication alcoolique de l'enfant, et je fis surveiller attentivement la nourrice, qui fut mise au régime suivant : une demi-bouteille de vin par jour, plus une bouteille de bière, un litre ou deux d'eau d'orge, nourriture rafraîchissante. En quelques jours, le bébé reprit complètement la santé; il n'y eut plus de convulsions : en huit jours la gourme disparut complètement.

Une observation semblable a été publiée par M. Vernay dans le *Lyon médical :*

M. Vernay cite le fait de convulsions chez un enfant, occasionnées par les habitudes alcooliques de la nourrice, qui buvait six ou huit verres de vin dans la journée et en prenait encore dans la nuit. Les convulsions, qui avaient résisté au calomel, au bromure de potassium, aux bains, au musc, à la belladone, cessèrent dès qu'on eut supprimé le vin pur à la nourrice.

Il ne saurait donc y avoir de doutes sur ce fait que l'abus du vin par la nourrice est excessivement dangereux pour l'enfant qu'elle allaite.

Le cidre est une mauvaise boisson pour tout le monde; on ne saurait donc le conseiller aux nourrices. La bière est préférable, et encore n'est-elle pas bien supportée par tous les estomacs.

En somme, dans notre pays, où le vin est la boisson la plus usuelle, c'est l'eau rougie prise avec mesure qui convient le mieux aux femmes qui nourrissent.

En résumé la question de l'alimentation des nourrices se résume en ceci : il faut pour obtenir du lait prescrire une nourriture saine et abondante.

Il faut se demander cependant quel sens il faut attribuer à l'expression de nourritur abondante. Il faut entendre par là que la quantité d'aliments ingérés par la nourrice équivaut, comme valeur nutritive, à la quantité et à la qualité du lait secrété.

MM. Boussingault et Lebel ont établi, en effet, « que la nature des aliments consommés n'exerce pas une influence marquée sur la quantité et la constitution du lait si les vaches en ont mangé des quantités équivalentes; que si le poids des rations n'était pas calculé d'après celui des équivalents nutritifs de chaque substance, il y aurait des variations dans le produit en lait dépendant de l'augmentation ou de la diminution de la matière nutritive. »

Ainsi donc en réalité la quantité de lait secrétée par les nourrices est indépendante des substances ingérées; elle est, au contraire, en rapport direct avec la richesse nutritive de cette substance. On peut ainsi, *a priori,* dit très-bien M. Anarion, connaissant l'équivalent nutritif d'une substance alimentaire, prévoir son influence sur la quantité de lait secrétée par la femelle qui en sera nourrie.

M. Boussingault a tracé dans un tableau les équivalents nutritifs des substances employées à l'alimentation des animaux, et dans ce tableau les substances végétales qui *nourrissent* le mieux, sous le plus petit volume, sont d'abord les lentilles, puis les pois, puis les fèverolles. Ainsi pour donner une idée plus précise de ces faits, nous disons que si cent parties de foin sont l'unité nutritive nécessaire à l'alimentation d'un animal, il suffira pour la remplacer de vingt-six parties de lentilles, de trente de pois, de trente-cinq de fèverolles... de cent soixante-quinze parties de pommes de terre cuites..., de trois cents de carottes et de cinq cents de choux.

Ce qui est vrai pour les femelles domestiques l'est également pour les nourrices. Et c'est pourquoi par exemple l'usage des farineux, et surtout des lentilles et des haricots, est-il considéré depuis longtemps comme un des meilleurs moyens d'activer la sécrétion lactée. Le secret de leur influence consiste à fournir dans un petit volume un aliment qui remplace, comme équivalent nutritif, une quantité relativement considérable d'une autre substance. L'estomac y gagne donc une économie de travail utile considérable.

Nous avons vu que la nature des aliments pouvait jusqu'à un certain point influer sur la qualité, sinon sur la quantité, de lait secrété par la nourrice. Aussi pourrait-on, à l'exemple de M. Anarion,

modifier aiusi la loi de M. Boussingault et dire :

La quantité de lait produite est directement sous l'influence de l'équivalent nutritif consommé ; mais celui-ci agit par la nature particulière sur la qualité du lait.

DU LAIT AU POINT DE VUE DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS DU PREMIER AGE,

Parle Dr Alexandre Harkin.

A l'appui des idées défendues par le Dr Grangé, relativement au coupage du lait, nous publions ces quelques passages d'un intéressant travail du Dr Harkin, traduit pour le *Journal d'Hygiène*, par M. G. Meynet.

En principe on ne saurait mettre en doute que la maladie et le dépérissement prématuré sont étroitement liés à la nature de l'alimentation.

D'après Ancell, un lait pauvre ou affaibli dans ses principes nutritifs produit sur le nourrisson tous les effets du manque de nourriture, et la débilité qui en est la conséquence est une cause prédisposante des maladies tuberculeuses et autres (Voyez Ancell, « On Consumption », page 453) ; Donné, par des expériences directes sur de jeunes animaux, s'est assuré « qu'une alimentation mal appropriée amenait une altération de la forme et de la nature des corpuscules du sang » (Journal de microscopie, 1842, p. 245). Il y a longtemps déjà que M. Philips a déclaré qu'une addition d'eau au lait de la vache (dilution), ne rendait pas ce lait semblable à celui de la femme. La physiologie et la pathologie protestent également contre le funeste préjugé que je combats devant vous ; mais c'est à la chimie que je demanderai mon principal argument pour renverser l'erreur sur laquelle repose cette hypothèse : que le lait de vache étant de beaucoup plus fort que le lait de femme, il est nécessaire de l'étendre d'une quantité d'eau variant de 25 à 300 p. 100, selon la fantaisie de qui opère le mélange pour le rendre assimilable et l'adapter à la capacité digestive d'un enfant bien portant.

Le plus simple raisonnement nous indique que, s'il faut 300, 200, 25 pour 100 d'eau pour réduire un certain liquide à la force d'un autre, c'est que ce liquide contient trois fois, deux fois ou un quart de fois plus d'éléments que l'autre. N'est-ce pas le cas de comparer entre eux ces deux liquides ? Le lait de vache est-il donc trois fois, deux fois, un quart de fois plus chargé d'éléments nutritifs que le lait de femme ? Laissons la parole à l'analyse chimique.

En premier lieu, la pesanteur spécifique est à peu près la même, variant dans tous les deux selon l'état de santé de 1,013 à 1,032 (Vernois et Becquerel). Voici maintenant d'après Regnault l'analyse comparative de 100 parties de lait de vache et de 100 parties de lait de femme :

	Lait de vache.	Lait de femme.
Eau	87,4	88,6
Corps gras	4,0	2,6
Sucre de lait, sels et solubles.	5,0	4,9
Caséum, albumine, sels insol.	3,6	3,9
Total des matières solides.	12,6	11,4
Lait de femme	11,4	
Différence.	1,2 (env. 1 dixième).	

Ainsi, en admettant un lait de vache parfaitement pur, ce lait ne diffère de celui de la mère que par une proportion d'un dixième en plus des éléments nutritifs, et c'est sur cette base fragile qu'on a édifié toute la théorie de la dilution.

Mais agir en toute occasion d'après cette théorie, c'est simplement être l'esclave de la routine ; pour moi, qui me suis beaucoup occupé de ces questions, je n'ai jamais cru nécessaire d'ajouter la plus minime proportion d'eau au lait destiné à des enfants bien constitués. J'ai quelquefois fait ajouter une ou deux onces d'eau de chaux par pinte de lait, non pas dans le but de le diluer, mais seulement pour corriger l'acidité d'un lait qui n'était plus bien frais. La réaction normale du lait de bonne qualité est alcaline ; et souvent cette pratique est inutile, car si le lait, par hasard, indispose l'enfant soit en raison de conditions variables des organes digestifs soit pour toute autre cause, il suffit de le faire bouillir et de l'écrémer avec soin avant de le donner.

Les enfants élevés avec le lait pur de vache sont roses, ils sont robustes ; ils ont une physionomie gaie, heureuse, qui contraste avec l'air chétif, souffreteux de ces pauvres bébés, nourris de doses homœopathiques de lait noyées dans des flots d'eau ou mélangées à des farineux. Il me serait impossible de faire la statistique de la mortalité infantile causée par insuffisance d'alimentation : c'est par milliers qu'on enregistre chaque année des décès d'enfants de douze mois et au-dessous attribués à la dentition, à la diarrhée, au carreau, aux convulsions, au muguet, etc., dus, en réalité, à une alimentation insuffisante ou mal appropriée. Ne devons-nous pas tourner nos sympathies « vers ces jeunes âmes, revêtues d'hier, d'une mince enveloppe d'argile, êtres fragiles, destinés à de puissantes fins ? » et si nous parvenons à éclairer les mères sur le plus important de leurs devoirs, nous conserverons à l'Etat bien des existences, les enfants ne mourront pas, comme pour montrer la route à ceux qui vont naître, de sérieux progrès seront réalisés par les médecins de notre génération, qui auront déraciné plusieurs des fausses doctrines et des préjugés traditionnels qui régissent encore d'une façon évidente un grand nombre d'habitudes de la vie moderne.

Quand une mère fait la folie d'exposer son enfant aux vents froids dans le but de fortifier sa constitution, elle obéit aux prescriptions du Dr Underwood qui recommandait aux mères de la génération précédente d'exposer leurs jeunes enfants au froid comme le plus sûr moyen de fortifier leur santé, et à celles aussi du Dr Armstrong, autre grande autorité de cette époque, qui conseillait de plonger tous les jours les enfants dans l'eau

froide dès le septième jour de leur naissance afin de donner plus de vigueur à leurs nerfs, etc. A chaque instant nous avons à combattre des croyances insensées, celle-ci encore, qu'il est dangereux de couper la diarrhée quand l'enfant est à la mamelle; que de jeunes êtres j'ai vu périr, victimes de cette erreur vulgaire!

En soumettant ces quelques réflexions au corps médical, j'ai eu, je l'avoue, l'ambitieuse pensée d'amener les médecins, conseillers légitimes des mères et des nourrices, à s'élever contre ces monstrueuses et homicides erreurs, j'ai osé espérer que, sauf les cas peu nombreux où il peut être utile pour un temps, dans des conditions déterminées, de permettre ou de conseiller l'addition d'un délayant à l'aliment ordinaire, les médecins ne permettront plus qu'on abrite de leur haute autorité la pratique de la dilution, cette erreur générale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Bien honoré confrère,

J'ai lu avec grand étonnement la lettre du Dr Margueritte, insérée au no 13 du 27, et je suis convaincu qu'elle a dû produire la même impression à beaucoup de nos confrères, et à vous aussi peut-être bien, car vous n'y ajoutez aucune réflexion.

Après avoir pris une initiative, avoir promis d'y donner suite sous forme d'un projet d'ensemble, voilà que le Dr Margueritte se dérobe contre toute attente et renonce à achever l'œuvre par lui entreprise.

Certes, il faut croire que chacun doit avoir sur le sujet ses idées particulières, mais il faut espérer aussi que chacun sera disposé à faire quelque concession pour finalement accepter et adopter un projet qui présenterait la plus grande somme de satisfactions. Je crois que, dans l'esprit de tous, le travail promis de M. Margueritte devait être la base et la fondation de l'édifice; que son œuvre aurait dû subir des controverses, des observations, des modifications, dans le sens précisément des nécessités locales.

Telle est à mon sens la marche que devait suivre en effet l'œuvre de la syndication générale des médecins de France.

Les modifications à prévoir dans l'œuvre du Dr Margueritte l'ont-elles donc effarouché, a-t-il été au dernier moment saisi d'une susceptibilité hors de saison et a-t-il craint de voir trop altérer sa primitive paternité.

Il est évident qu'il nous propose maintenant le chemin le plus long; il faudra une année pour recueillir les idées de chacun, les classer, les examiner et les débattre, pour de toutes ces bribes fondre un tout homogène, définitif, praticable et acceptable. Il sera vraiment plus simple de présenter un projet si incomplet qu'il soit tout d'abord, mais en s'appliquant à ce qu'il réponde à la plus grande somme possible des desiderata, à ce qu'il prévoie le plus possible les difficultés, les diverses manières d'être de l'exercice selon la différence des régions, présenter ce premier jet qui recevra sa perfection de toutes les additions ou modifications jugées nécessaires.

Toute loi a un corps, auquel s'adjoignent des amendements, des paragraphes accessoires répondant à des situations, à des nécessités spéciales : ainsi, je crois, doit se présenter le projet de syndication.

Ne faisons donc pas comme les légiférants ordinaires : beaucoup de bruit et de paroles, grande agitation, temps perdu en pure perte pour n'aboutir qu'à un résultat dérisoire; ne tirons pas seulement une souris de la montagne ébranlée. Les esprits trempés ne doivent pas s'effaroucher des difficultés à vaincre; elles sont utiles au contraire, parce qu'elles sont un stimulant de fécondation; elles sont l'attrait qui provoque la lutte. Le créateur du *Concours Médical* le sait bien, n'est-ce pas?

Qui donc maintenant va vouloir reprendre le grelot qu'a lâché le Dr Margueritte; qui va vouloir aller de l'avant, après un si regrettable effacement? je gage que nous allons maintenant nous regarder tous en chiens de faïence, chacun comptant sur son voisin... ou sur vous-même, sur vous seul, à ce point que je n'ose plus, moi aussi qui avais préparé un projet, que je me suis empressé de remettre sous cloche, dès que j'ai vu le Dr Margueritte vouloir prendre la chose en mains et s'avancer comme armé de pied en cap. J'attends le prochain no espérant y lire ce que vous comptez faire maintenant ou voir si quelqu'un va prendre position.

Je n'ai pas la fatuité de mes idées personnelles et je ne suis pas envieux de voir un autre faire bien ou mieux que moi.

Agréez, bien honoré confrère, l'assurance de mes sentiments bien confraternels.

Dr CHAMPEAUX.

Cher et honoré confrère,

La lettre du Dr Béraud, publiée dans la chronique professionelle du n° 12, me paraît un véritable programme qui pourrait guider le débutant et lui épargner bien des ennuis. Malheureusement, et notre confrère est le premier à le reconnaître, la médecine cantonale est loin d'être partout organisée; dans la plupart des départements, les fonds qui lui sont attribués sont tout à fait insuffisants. Quant à la justice, il serait à désirer que les nombreux médecins qui occupent des siéges à la Chambre et au Sénat, réclament des réformes législatives qui me paraissent des plus urgentes. Du moment que nous pouvons être requis à toute heure du jour ou de la nuit, au moins devrait-on nous indemniser de nos frais. L'année dernière, j'ai été appelé devant le juge de paix du canton, situé à 18 kilom. de mon domicile, pour déposer dans une affaire de coups et blessures (j'avais donné des soins à la personne blessée). J'ai été taxé à raison de 1 fr. par myriamètre parcouru à l'aller et au retour : 36 kilom. ou 3 myriamètres et demi ; soit 3 fr. 50 cent.; le prix de la voiture publique qui part le matin et revient le soir.

Si pour la médecine cantonale et la justice, nous en sommes réduits à gémir sur l'injuste situation qui nous est imposée, il n'en est heureusement pas de même vis-à-vis des sociétés de secours mutuels. Là nous pouvons imposer nos conditions et ne pas permettre que ces sociétés se transforment en un bureau de bienfaisance faisant la charité à nos dépens. Ainsi j'en connais une qui, moyennant 9 fr. par an, se charge du médecin, du pharmacien, et assure à chacun de ses membres 1 fr. par jour, en cas de maladie, pourvu que la durée de celle-ci ne dépasse pas soixante jours; au delà de ce terme, le malade est exclu de la société. Les visites du médecin sont payées au-dessous de la moitié des prix ordinaires ; et toute opération est assimilée à une simple visite. Quant au pharmacien, on ne lui a même pas demandé de réduction (1).

(1) Le pharmacien paie sa cotisation de sociétaire, ainsi que le droit d'entrée, tout comme le médecin *qui profite de la société.*

Aussi, voici ce qui en est résulté :

L'année dernière un homme tombe du haut d'un toit, avec des pierres et des débris d'échafaudage. On le relève avec deux fractures, accompagnées de plaies au niveau de chaque malléole, fracture simple des deux péronés à la partie supérieure ; une autre fracture au niveau de la partie supérieure du sternum. Total : cinq fractures. Deux médecins ont été appelés à le soigner; ils ont appliqué les appareils nécessaires, etc. L'un d'eux, qui était médecin de la Société dont le blessé faisait partie, l'a vu deux ou trois fois par jour; il a reçu de la Société pour les soixante jours, 109 fr.; la note du pharmacien, pendant le même temps, a dépassé 200 fr.

Je me contente de citer ce fait; ce médecin n'a consenti à soigner les membres de cette Société qu'après avoir obtenu une augmentation.

On lui opposait son prédécesseur moins exigeant : avant d'avoir accepté, il s'était vu dans le cas de refuser au père des soins qu'il donnait à la mère et aux enfants.

La conclusion de tout cela, ce serait, comme l'a dit le Dr Béraud, la nécessité de l'organisation de syndicats médicaux : ou bien l'intervention des associations départementales qui connaissent assez les besoins et les usages des communes comprises dans leur rayon pour établir des tarifs appropriés à chacune. Dans notre département, l'association des médecins donne à peine signe de vie. Une réunion par an et c'est tout. Depuis quatre ans que j'habite ce département, il y a un an à peine que j'en connais de nom quelques membres. L'année dernière, en effet, j'ai reçu une lettre imprimée m'invitant à me rendre à la réunion. Je n'ai pu y assister ; mais il y a plusieurs mois, j'ai écrit au secrétaire pour demander à faire partie de l'association; je demandais, en même temps, des renseignements, la réponse ne m'est pas encore arrivée, de telle sorte que j'ignore si je puis ou non me considérer comme faisant partie de l'association.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Dr C.
Membre-fondateur, no 201.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU PRURIGO PAR LA PILOCARPINE.

L'action physiologique de la pilocarpine a conduit le Dr Simon, de Breslau, à essayer ce médicament dans les maladies de la peau, qui sont accompagnées d'une grande diminution de la sécrétion sudorale. Parmi celles-ci, on trouve le prurigo. Effectivement la pilocarpine s'est montrée efficace dans un grand nombre de cas. On l'employait de la manière suivante : en général, on administrait aux adultes 2 centigrammes de pilocarpine par jour en une injection hypodermique. Plusieurs fois, l'auteur a essayé aussi le jaborandi, spécialement le *sirop* de jaborandi. Ce sirop est préparé comme suit : sur trois parties de feuille de jaborandi, on verse quinze parties d'eau bouillante, on filtre et on y ajoute dix-huit parties de sucre ; on donne de deux à trois cuillerées à soupe par jour aux adultes, deux cuillerées à café aux enfants d'un certain âge, et une cuillerée à café aux petits enfants. On entoure le malade de couvertures et on l'y laisse pendant deux ou trois heures.

Les sujets atteints de prurigo avaient des sueurs profuses très-abondantes; ces sueurs manquaient généralement chez ceux atteints de psoriasis.

L'effet du traitement était assez prompt. Dès la première application les démangeaisons diminuaient ou disparaissaient complètement.

Bientôt l'éruption s'éteignait également. Les ganglions inguinaux diminuaient de volume sans aucun traitement local; en général quinze jours suffisaient pour obtenir une cure complète; dans les cas invétérés trois ou quatre semaines étaient nécessaires. Dans des cas très-rares le traitement dut être prolongé.

Si l'on veut obtenir une guérison plus rapide encore, on peut combiner le traitement général avec des remèdes locaux. Ainsi on fait transpirer pendant le jour, et le soir on fait des onctions avec une pommade au goudron.

(*Berliner Klin. Wochensch, et Journal des Sciences Médicales de Louvain.*)

TRAITEMENT DE L'URTICAIRE PAR LE SULFATE D'ATROPINE.

On sait aujourd'hui à n'en plus douter, qu'il y a certaines formes d'urticaire à ne guérir que par l'administration de fortes doses de sulfate de quinine. Par leurs accès fébriles périodiques, elles se rapprochent des fièvres intermittentes, et la quinine est le seul agent qui réussisse; cette forme n'est pas rare dans les contrées paludéennes.

Mais il est certaines formes idiopathiques, qui persistent pendant des semaines et même des mois, avec des exacerbations violentes le soir et dans lesquelles les médications les plus variées n'ont produit aucun résultat. Pour ces formes, M. le Dr Schwimmer a eu recours à un moyen nouveau, l'atropine, déjà indiqué par Frantz dans les *Annales de la Charité*, en 1876. Il vient de publier trois observations qui témoigneraient en faveur de l'efficacité de ce moyen nouveau. Son mode de prescription de l'atropine est le suivant :

Sulfate d'atropine.	1 centigr.
Eau distillée.	2 grammes.
Glycérine.	2 —
Poudre de gomme adragante. .	Q. S.

Pour dix pilules. En prendre deux par jour, une matin et soir.

(*Bulletin de thérapeutique*).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies du foie, suivies des leçons sur les troubles fonctionnels du foie, par le Dr Charles Murchison, membre de la Société royale de Londres, etc., etc., traduites sur la seconde édition, avec l'autorisation de l'auteur et annotées par le Dr Jules Cyr, lauréat de l'Académie de médecine, etc. (1).

Quelque réduite qu'elle soit, la bibliothèque du médecin contient toujours plusieurs traités généraux de pathologie qui sont comme la source universelle à laquelle il va d'abord puiser quand il a besoin de renseignements ou d'éclaircissements. Mais quand dans la pratique il se trouve en présence d'un cas particulier grave ou embarrassant et sur lequel il serait bien aise d'avoir des renseignements précis, il regrette de n'avoir pas, sous la main, un ouvrage spécial sur les maladies de l'organe attaqué. Les affections du foie rentrent particulièrement dans ces cas difficiles où la conduite à tenir n'est pas toujours nettement indiquée. La pathologie hépatique est, en effet, beau-

(1) Un vol. in-8, avec 46 figures dans le texte. Librairie A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 12 fr.

coup plus difficile que celle de l'appareil respiratoire ou circulatoire, par exemple; les symptômes y sont souvent moins accusés, moins faciles à percevoir et ils peuvent facilement être attribués aux lésions des organes voisins ou *vice versâ*. Tels sont les motifs qui nous portent à appeler l'attention des lecteurs du *Concours Médical*, sur les leçons cliniques du Dr Murchison qui, grâce à une longue pratique nosocomiale (dont plusieurs années dans l'Inde), a réussi à faire un livre où toutes les questions de symptomologie, de diagnostic différentiel et de thérapeutique sont traitées avec la compétence d'un maître. Qu'on lise surtout les leçons crooniennes sur les troubles fonctionnels du foie et on y trouvera l'explication et la raison de beaucoup de symptômes qu'on néglige quelquefois trop, faute d'en bien connaître la signification. En terminant, remercions le traducteur, le Dr Jules Cyr, pour avoir mis à la portée des médecins français un ouvrage sur une matière où la littérature médicale est loin d'être riche.

La morphiomanie, monographie basée sur les observations personnelles, par le Dr Edouard Levinstein, etc. (1).

Dans le n. 10 du *Concours Médical*, à l'article *Notes de thérapeutique*, il a été question du morphinisme et de la morphiomanie. Ceux de nos lecteurs qui voudraient être au courant de cette question, qui est des plus intéressantes dans la pratique, n'auront qu'à lire cet ouvrage écrit par le Dr Levinstein dans le but « de mettre bien en évidence les désordres produits dans l'organisme humain par l'usage prolongé des injections de morphine ; de montrer quel danger cette pratique fait courir à la société et de déterminer les moyens de mettre un terme à cet abus. » Il définit la morphiomanie, la passion qu'a un individu de se servir de morphine comme excitant ou comme stimulant et l'état pathologique qui résulte de l'usage abusif de ce médicament. La morphiomanie n'est donc pas le morphinisme, ce dernier n'étant autre chose que l'empoisonnement morphinique. La lecture de ce livre montrera les trop graves inconvénients de laisser, comme on le fait trop souvent, les malades s'administrer eux-mêmes les injections hypodermiques.

Signalons aussi, en terminant, l'opuscule du Dr G. Audiffrent, sur *les mouvements irrésistibles*, étude de dipsologie philosophique, basée sur la méthode et la classification d'Auguste Comte (même librairie.)

Dr A. B.

(1) Un vol. in-8o. 2e édition entièrement revue et augmentée. Librairie G. Masson, Boulevard Saint-Germain, 120. Prix 5 fr.

CHRONIQUE

Statue de Pinel. — Sur le rapport de M. P. Dubois, le Conseil municipal vient d'autoriser la *Société médico-psychologique* à ériger sur la place de la Salpêtrière la statue de Ph. Pinel. On sait que cette société a ouvert une souscription à cet effet, cette souscription n'est pas encore fermée et nous appelons sur elle l'attention de nos lecteurs. Pendant qu'il en est temps encore, nous croyons que les organisateurs pourraient, sur le piédestal de la statue, ajouter le médaillon de Pouzin, surveillant de la Salpêtrière, qui fut le zélé collaborateur de Pinel dans ses réformes, et dont ce dernier ne parlait qu'avec les plus grands éloges.

Un jeune officier de santé, qui attend sa nomination à un poste médical, peut disposer de six mois de son temps, demande à remplacer un de ses confrères durant cet intervalle. — S'adresser au bureau du journal.

Prière à ceux d'entre nos confrères qui posséderaient des exemplaires en double du 1er numéro de juillet 1879 de vouloir bien nous les adresser (affranchissement 2 centimes).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr T., à G., Dr B., à C., 22 mars.
Reçu les mandats.
— Dr M., à O. (Algérie), 22 mars.
Reçu votre brochure. — Depuis la fondation du journal, tous les numéros vous ont été régulièrement adressés. Veuillez réclamer à votre première adresse. Nous la rectifions dès à présent.
— Dr P., 798.
Envoyé la collection. Vous êtes un précieux collaborateur.
— Dr P., 773, 23 mars.
« J'applaudis de tout cœur à la marche en avant du Concours Médical. Tout d'abord, j'entendais dire, que le but recherché était chimérique, quand on ne parlait pas de spéculation hasardée. *Aujourd'hui la lumière se fait sur la parfaite loyauté professionnelle des résultats que nous poursuivons en commun et je ne doute pas qu'avant peu nos progrès ne soient considérables, etc... »*
Nous aurons bientôt de bonnes nouvelles à vous apprendre. Nous appelons votre attention sur le projet d'assurance qui sera inséré *in extenso* dans un prochain no.
Vous pouvez demander — à M. O. Berthier, le *Traité de Koelliker*, — par la bibliographie nous répondons à votre désir dans la mesure possible.
— Dr A., à M. (Bouches-du-Rhône), 23 mars.
Nous vous inscrivons *participant,* votre adhésion a été retrouvée. Vous recevrez régulièrement.
— Dr L., à C. (Oise), 23 mars.
Vous n'aviez pas répondu à la lettre qui réclamait quelques renseignements. Nous avons considéré votre silence comme une abstention ; mais nous vous inscrirons participant et vous prendrez rang parmi les fondateurs dès qu'il y aura possibilité.
— Dr C., à L. V. (Gard).
Votre lettre contient celle de M. D., à N. (Seine-et-Marne), et M. A., à O. (Bouches-du-Rhône), qui, toutes les trois offrent un poste médical, ont été transmises à notre confrère Ch., qui réclamait ce service dans la correspondance du précédent no. Merci pour lui.
— Dr T., à R. (Ardennes), 24 mars.
En conséquence du retour de votre journal, nous vous avons remplacé, comme fondateur, par un confrère qui a été avisé. Nous ne pouvons revenir sur cette mesure et vous maintenons, selon votre désir, la qualité de participant.
— Dr F., à T. (Corrèze).
Vous êtes inscrit, on vous a envoyé le programme, qui vous expose nos idées.
— Dr M., à M. (Vendée), 24 mars.
Reçu le mandat et rectifié l'adresse. Nous comptons sur votre concours éclairé.
— Dr C., 212, 25 mars.
La qualification des confrères dont vous nous procurez l'adhésion, nous inspire le désir de vous voir à l'un de vos prochains déplacements à Paris, dont vous êtes si rapproché. — *Lundi, mercredi et samedi de 3 à 5 heures.*
— Dr B., à V. (Var), 27 mars.
Nous recevrons votre envoi avec plaisir; il sera au bureau, à la disposition de nos confrères. Veuillez nous permettre d'attendre encore quelque temps pour mettre à exécution notre commun désir.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 15 — 10 avril 1880

SOMMAIRE :

Ce numéro contient un supplément.

A NOS ADHÉRENTS

Chers confrères,

C'est un devoir pour nous de vous faire connaître, de temps en temps, les progrès accomplis par notre concours commun.

Voilà neuf mois écoulés, qui n'ont pas été stériles ; il suffira, pour vous en convaincre, de vous reporter un instant aux premiers numéros du *Concours médical*.

Nous sommes arrivés, aujourd'hui, à un résultat relativement considérable. Vous avez fondé, par votre simple adhésion au programme que nous vous avions soumis, un journal dont le tirage actuel est de cinq mille cinq cents exemplaires par semaine.

Vous voyez que notre situation est déjà enviable.

Ce passé, si rapproché, fait bien augurer d'un avenir même peu lointain. *Væ soli !* a-t-on dit ; cette menace ne peut nous atteindre, puisque avant de tenter l'entreprise vous avez contribué à ce que nous fussions le nombre.

Nous sommes heureux de vous apprendre, tout d'abord, que les frais que nécessite la publication d'un journal d'un aussi grand tirage, sont dépassés par ses produits. Il dépend de vous d'accroître ceux-ci d'une manière rapide.

Pour cela il suffit que vous contribuiez à la constitution du fonds commun. Vous le pouvez en faisant un usage, plus fréquent encore que par le passé, des économies de tout genre que nous vous avons ménagées avec nos divers fournisseurs et avec les diverses compagnies qui nous assurent à tous des réductions auxquelles ne peuvent prétendre que les membres du *Concours médical*. Vous savez que, à chaque réduction notable, stipulée en leur faveur, correspond une réduction au profit du fonds commun, très-légère il est vrai, mais qui constituera par sa répétition fréquente une somme de plus en plus importante.

Ce fonds commun est une des applications du principe de solidarité qui est notre raison d'être et notre force.

Tout dans notre organisation doit tendre à l'augmenter, et c'est pourquoi, conformant nos actes à nos principes, nous n'avons pas craint d'admettre dans notre feuille d'annonces des *spécialités pharmaceutiques*. Mais notre conduite, vis-à-vis de celles-ci, a été dictée par la plus stricte honorabilité professionnelle. Sur ce point nous avons adopté les idées exprimées si bien dans la *Gazette hebdomadaire*, par MM. Ernest Besnier et Lereboulet ; ces idées qui ont eu pour organe un journal qui, seul dans la presse médicale, a résisté pendant longtemps avec une fermeté grande à l'envahissement de l'annonce. Chaque journal de médecine, à l'heure actuelle, vit *presque exclusivement* du produit de ses annonces, et personne ne songe à s'en plaindre, et cependant dans une même page on lit les réclames les plus audacieuses pour des produits que nous ne voulons pas énumérer. Tirer un bénéfice des spécialités pharmaceutiques est légitime. Mais à notre avis il faut faire un choix.

Ce choix, fait par un seul, serait suspect et il semble que c'est au plus offrant qu'on finirait par céder.

Le *Concours Médical* n'est pas dans ce cas, et quand nous avons admis une spécialité dans notre feuille d'annonces, c'est parce que le produit était consacré par son incontestable utilité.

Il faut bien comprendre nos principes à cet

égard, et il faut que les équivoques ne puissent se faire jour.

« Qui voudrait, dit M. Besnier, un seul instant dissimuler les mécomptes sans nombre auxquels s'expose le médecin au cœur léger, qui formule à tout hasard, sans se préoccuper de la suite de l'aventure ; et quel est celui qui, dans les cas auxquels je fais allusion, ne *conseillera pas, de préférence à une préparation tout à fait incertaine, une de ces spécialités pharmaceutiques véritablement excellentes, comme il en existe plusieurs aujourd'hui!*

« La spécialité pharmaceutique existe.

« Il s'agit alors d'y porter la lumière, de dire ouvertement ce qui est la vérité et ce qui est l'erreur; il s'agit surtout de ne pas confondre ce qui est bon, excellent, parfait, avec ce qui est mauvais, détestable ou nul. C'est là, je pense, la voie dans laquelle il faut s'engager, le combat qu'il faut combattre, et si la *Gazette hebdomadaire* veut bien faire appel aux savants et aux praticiens, dont le concours réuni peut seul faire la lumière sur ces graves questions, elle servira à la fois les intérêts indissolubles de la science et de la pratique. »

Ce sont là les principes que nous avons adoptés, et de même qu'il est admis qu'un journal reçoive une rétribution d'une annonce quelconque, nous recevons une rétribution des annonces choisies.

En agissant ainsi, nous sommes dans la plus scrupuleuse application des principes d'honneur professionnel.

Nous devons dire et nous affirmons au nom des quinze cents membres du *Concours Médical*, que les produits acceptés par nous méritent notre confiance, et c'est en échange d'un service rendu que va s'augmenter encore ce fonds commun qui permettra de réaliser nos idées.

Le programme admis, c'est à chacun de nous d'en assurer la réalisation. La concurrence des spécialités inutiles est une des plaies de la médecine contemporaine. C'est au médecin à se déclarer hautement pour ce qui est bon ; c'est au médecin à restreindre dans leurs limites légitimes les spécialités utiles et personne ne nous blâmera de conseiller à nos confrères d'accorder leur confiance à des produits que tout le monde reconnaît comme des nécessités de la pratique.

Vous savez combien, souvent, d'ailleurs nous faisons inconsciemment la fortune scandaleuse d'un grand nombre de remèdes de mode passagère. Après avoir obtenu de nous, par des obsessions, une espèce de sanction, ces remèdes s'en targuent directement auprès du public incompétent et cela à son grand détriment.

Vous avez une faible idée de l'étendue des abus qui ont pour base l'exploitation de notre bonne foi professionnelle et combien sont nombreux les gens qui vivent grassement de notre travail.

Cet état de choses doit cesser ; il le faut pour notre propre intérêt, aidez-nous donc dans notre tâche, et, ainsi, vous vous aiderez vous-mêmes.

De jour en jour nous vous procurerons de nouvelles satisfactions.

Vous comprendrez que nous avions à cœur, avant de parfaire notre œuvre naissante, de vous donner des preuves précises de sa vitalité et du bien fondé de nos espérances. Il fallait marcher un certain temps pour vous prouver que le mouvement médical, dans le sens que vous aviez accepté, n'était pas chimérique. Vos encouragements et votre bonne volonté à suivre nos indications, nous ont été d'une puissante assistance.

Le nombre des membres du *Concours Médical* est en progression constante :

Précisons la situation des adhérents.

Trois catégories :

1° Mille fondateurs ayant chacun un numéro d'ordre ;

2° Mille participants, encore à compléter ;

3° Les abonnés payants.

Recrutement des fondateurs : Les vides qui s'opèrent parmi eux, sont remplis par les participants, selon l'ordre d'inscription.

Recrutement des participants : Pour les compléter à mille, tout médecin en activité d'exercice est admis comme membre participant gratuit sur la recommandation et présentation d'un membre fondateur ou d'un membre participant. Il suffit que le confrère présenté soit au courant de nos idées, nous écrive qu'il les partage et nous promette son concours.

Le droit de présentation est maintenu jusqu'au jour où la liste d'inscription des participants sera close.

La situation des *abonnés du Concours médical*, qui payent le prix de la souscription, est semblable à celle de tout abonné d'un journal quelconque. Elle en diffère pourtant, en ce sens, que l'abonné a le droit, lorsqu'il a acquis par une lecture suivie du journal, la parfaite connaissance de nos aspirations et qu'il les partage, de réclamer son inscription comme participant.

L'abonné est un participant dès qu'il le désire. Et le prix de son abonnement augmente encore le fonds commun.

Nous considérons comme un véritable concours, la volonté qu'ont exprimée plusieurs fondateurs ou participants de verser bénévolement le prix de l'abonnement annuel, prix qui, dans ce

cas, *vient de même, au fonds commun.* Nous sommes très-reconnaissant à ceux d'entre les nôtres qui ont voulu agir de cette façon.

Il est bien évident que tous les abonnés jouissent de toutes les faveurs, réductions et priviléges, qu'assure le titre de membre du *Concours médical* vis-à-vis des Compagnies, Conseils et Fournisseurs avec lesquels nous sommes en relation, et qu'ils rentreront, au même titre que les participants, dans la classe des fondateurs au fur et à mesure des vacances et, cela, *par ordre d'adhésion.*

Dès que les mille participants payants ou gratuits seront complétés, nous ouvrirons, dans nos colonnes, la discusion de notre organisation définitive sous forme de Société de *Concours médical.*

Les bases étant établies par cette discussion, les fondateurs se réuniraient pour : 1° préciser les droits des mille premiers participants, qui devront être autant que possible semblables à ceux des fondateurs ; — 2° décider s'il convient, ou non, d'ouvrir une liste d'une deuxième série de mille participants ; — 3° décider l'emploi des produits du journal.

Nous entrevoyons déjà diverses affectations : 1° somme à consacrer à l'amélioration de la rédaction ; 2° somme à affecter en prix à distribuer ; 3° somme à attribuer *comme droits*, et non *comme secours*, aux ayant-droits des fondateurs ou participants décédés ; 4° sommes destinées à l'amélioration de divers services : matériel, installation, etc... 5° sommes à verser à la *réserve ou fonds commun*, etc... 6° sommes pour la rétribution des membres du conseil, etc...

Ces divers points sont à étudier et nous ne faillirons pas à cette tâche.

Permettez-nous de terminer par la constatation de la puissante influence de votre action. Nous en avons déjà des preuves multiples.

Nous avons employé cette influence à vous procurer des économies qu'il ne tient qu'à vous de recueillir, nous vous présentons un projet *d'assurances sur la vie* supérieur à tout ce que vous connaissez. Nous mettrons toute notre bonne volonté à votre service, pour vous en faire toucher du doigt le mécanisme, la sécurité et les avantages inestimables. Nous le dégagerons de tout ce qu'il a de technique. La Compagnie sera heureuse de vous fournir de son côté tous les renseignements, et notre récompense serait entière si, comme nous en sommes convaincus, nous avons trouvé le véritable moyen de procurer un tranquille avenir à nombre d'entre nous.

Nous avons le sentiment d'une responsabilité que nous revendiquons hautement. Certains de ne vouloir que le bien commun, nous nous étudierons à étendre l'application de nos idées, même aux plus humbles sujets. Il nous suffit d'être utile et de trouver dans la correspondance journalière le témoignage des quelques services que nous avons déjà rendus. La marche du *Concours médical* nous démontre que nous serons bientôt en état d'en rendre de plus sérieux.

Le Directeur
A. C.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La séance de l'Académie de Médecine a été occupée par les lectures de divers médecins de province.

M. Burdel (de Vierzon), bien connu pour ses remarquables travaux sur les affections d'origine palustre, a lu un mémoire sur *l'anévrosthénie tellurique* ou *perniciosité.*

Si l'on demande à un grand nombre de praticiens, dit M. Burdel, ce qu'on doit entendre par perniciosité, presque tous répondront : que la perniciosité n'est autre chose que la fièvre pernicieuse, et que cette fièvre elle-même, qui peut parfois frapper d'emblée, n'est le plus souvent qu'une complication venant s'implanter sur une fièvre palustre. — En un mot, que la fièvre pernicieuse est un accident grave, presque toujours mortel ; c'est presque toujours la mort, la mort frappant ou prête à frapper.

Pour le docteur Burdel, bien que pouvant souvent surgir comme complication, la perniciosité est, au contraire, une véritable entité morbide frappant toujours le même point de l'organisme, et parcourant toujours à des degrés différents les mêmes phases. C'est *l'anévrosthésie tellurique du grand sympathique et des vasa vasorum. L'anévrosthésie* est, pour lui, cet état dans lequel, par suite de la perturbation spéciale qui frappe le système nerveux ganglionnaire, on voit les fonctions de la vie organique se troubler, s'anéantir ; puis se relever un peu par une sorte de réaction, et s'éteindre tout à fait si l'on n'y apporte remède. — Et, en effet, qui a assisté souvent à des attaques de perniciosité, a pu voir les troubles profonds qui, peu à peu, gagnent l'innervation, la calorification, l'hématose, par conséquent la circulation en général, et de là toutes les fonctions de la vie animale, sécrétions des urines, de la peau, etc.

La fièvre tellurique ou paludéenne étant considérée comme une névrose spéciale du système ganglionnaire, on doit avec raison regarder la perniciosité comme le degré maximun de cette névrose arrivée au degré d'anévrosthésie.

Pour mieux faire comprendre la perniciosité telle qu'elle existe réellement et telle qu'on l'observe, le docteur Burdel communique à l'Académie deux observations remarquables prises parmi le grand nombre qu'il possède. — Dans ces observations, qui font voir comment et avec quelle rapidité foudroyante la perniciosité frappe et se développe; que, pour la saisir, il faudrait pouvoir la photographier, il montre, comme devant éclairer le diagnostic de cette terrible affection, le symptôme remarquable et caractéristique de la vibration particulière du pouls et du cœur, « vibration, dit-il, qu'on ne peut oublier lorsqu'on l'a sentie et observée attentivement. » Mais ce qui, dans cette communication, est le plus remarquable, c'est le mode de traitement bien simple qu'il emploie, et avec lequel il a arraché à une mort certaine bien des victimes qui, on peut le dire sans métaphore, avaient un pied dans la tombe.

Les deux observations communiquées à l'Académie sont deux véritables tableaux de résurrection, et, pour obtenir ce résultat, il pratique coup sur coup, et avec rapidité, des injections hypodermiques d'éther quinique, ou d'alcool quinique, quand il n'a pas le premier sous la main. — En deux ou trois heures, et quelquefois moins, on voit la perniciosité céder et disparaître.

Depuis près de seize ans que le docteur Burdel a recours à ce mode de traitement, il a eu nombre de succès. — Cette communication, du reste, n'est qu'un fragment d'un chapitre intitulé : *De la perniciosité*, extrait de sa *Clinique dans les pays palustres*, ouvrage qu'il termine en ce moment.

M. Boissarie (de Sarlat), a communiqué une observation de gangrène du poumon chez un enfant de treize ans, consécutivement à l'emploi de l'ergotine à la dose de 20 centigrammes par jour.

Nous reviendrons sur cette communication d'un des praticiens les plus distingués de province, elle mérite d'attirer l'attention.

— M. Guirel compte déjà trois succès sur quatre opérations d'*hystérectomie*.

Il a présenté à l'Académie la pièce anatomique et l'observation d'une des malades opérées par lui. Nous enregistrerons les succès du chirurgien de Marseille. Ils sont de nature à encourager ceux qui doutent encore ou qui hésitent.

LE CHARBON. — GENÈSE ET ÉTIOLOGIE

Les animaux domestiques, et en particulier les herbivores, sont sujets à une maladie virulente et contagieuse, d'origine zymotique, et désignée, suivant les espèces animales, sous les noms de *sang de rate*, *maladie de sang*, *fièvre charbonneuse*, etc... Les moutons sont plus particulièrement frappés; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les vaches, les lapins, les chevaux, les porcs. Les carnassiers sont plus rarement atteints et, de même que les poules, présentent une immunité relative.

Cette affection est transmissible des animaux à l'homme, et les individus employés à soigner ces divers animaux, ceux qui travaillent leurs dépouilles, sont plus particulièrement exposés à la contracter.

Les cadavres des animaux morts sont, en outre, malgré tous les règlements et toutes les ordonnances de police, malgré la multiplication des établissements d'équarrisage, le plus souvent abandonnés dans les champs en pâture aux chiens et aux insectes de toutes sortes, augmentant ainsi les sources d'infection. Enfin la cupidité des gens de la campagne leur fait mettre en vente ou acheter à bas prix, pour la manger, de la viande d'animaux atteints de maladies charbonneuses; et l'institution des ventes à la criée pour les viandes de boucherie est venue augmenter encore ces chances de contagion. En effet, dès qu'un animal est malade, son propriétaire, au lieu de le soigner, l'abat, le dépèce et l'envoie par quartiers à Paris; cette viande sans doute est examinée, mais il n'est pas rare que des altérations passent inaperçues, et d'ailleurs la pustule maligne se rencontre assez souvent chez les *porteurs*.

De l'ensemble de toutes ces causes résulte chez l'homme la fréquence relative de l'infection charbonneuse.

C'est par contagion directe que le virus pénètre dans l'économie: plaie produite par un couteau, écorchure par un fragment d'os, ou bien piqûre d'un insecte qui vient de butiner sur un cadavre contaminé; il peut enfin, préexister, chez les individus qui manipulent les dépouilles charbonneuses, des écorchures, des crevasses aux mains, des érosions d'épiderme, etc... qui constituent autant de portes ouvertes à la pénétration du virus.

Les muqueuses digestives, et probablement aussi respiratoires, présentent encore une autre voie d'absorption : si les auteurs sont arrivés sur ce point à des conclusions différentes, c'est qu'ils n'ont pas tenu un compte suffisant des conditions spéciales dans lesquelles ils se plaçaient pour leurs observations. Le degré de cuisson des viandes, par exemple, n'est pas indifférent et on comprendra sans peine que les chances d'infection sont d'autant moins grandes que les viandes sont soumises à une action plus prolongée du calorique. S'il est rare, dans les campagnes, d'observer après l'ingestion de viandes charbonneuses autre chose que de la diarrhée, c'est que ces viandes ne sont guère mangées que bouillies et, dans tous les cas, extrêmement cuites.

L'état d'intégrité de la muqueuse est une condition non moins importante, nous reviendrons sur ce point en exposant les découvertes de M. Pasteur.

Le charbon, dit spontané, n'a pas d'autre origine que la contagion et M. Toussaint l'a constaté dans onze cas sur douze autopsies.

Enfin, l'œdème charbonneux se produirait quand la contagion porte sur les muqueuses oculaire, nasale, buccale, etc... et le caractère particulier de la lésion locale tiendrait exclusivement à la structure spéciale des tissus contaminés.

Quelle est donc la nature de ce virus ?

On a cru longtemps qu'il s'agissait d'un miasme tel que la *mal'aria*; une certaine analogie des lésions avec celles de la fièvre dite pernicieuse, quelques résultats mêmes obtenus par la théra-

peutique vétérinaire semblaient légitimer cette assimilation.

Davaine, par la découverte dans le sang charbonneux d'un microbe spécial, *la bactéridie*, ouvrit à la science une voie nouvelle dans laquelle entra résolûment M. Pasteur.

Les conclusions de « l'apôtre du panspermisme » ne furent pourtant pas adoptées sans contestations : il trouva, dans M. Colin, un adversaire acharné et les luttes académiques qu'occasionna la question du charbon, sont encore trop récentes pour qu'on ait pu les oublier.

Ces contradictions eurent tout au moins le mérite de provoquer une expérimentation rigoureuse d'où sortit, avec l'éclatante confirmation des théories de M. Pasteur, la mise en lumière, par M. Colin, de quelques points encore obscurs dans la pathogénie et le processus morbide des maladies charbonneuses.

Il y eut en effet ceci de particulier dans la joute entre les deux savants, qu'ils eurent raison tous les deux dans leurs expériences propres, mais qu'ils ne purent ébranler les faits établis par leur adversaire.

Pasteur, dans une série d'expériences magnifiques et d'une rigueur pour ainsi dire mathématique, prouva :

1° Que l'inoculation à un sujet sain d'un liquide contenant les bactéridies était toujours suivie d'infection charbonneuse.

2° Que, si quelques animaux pouvaient résister, c'est qu'ils tiraient cette force de résistance des conditions particulières de leur économie : température élevée, etc...

Qu'en effet, si, après avoir inoculé le virus, on abaisse la température du corps de l'animal, on fait cesser cette immunité et l'infection se produit.

Que, par contre, on peut produire artificiellement cette immunité, chez un animal, qui ne la possède pas normalement, en élevant sa température interne.

Il restait à prouver que la bactéridie était véritablement l'agent d'infection.

M. Toussaint débarrassa par une filtration spéciale (filtre composé de huit feuilles de papier) le sang charbonneux frais et défibriné de ses bactéridies, il ne put obtenir par l'inoculation l'infection charbonneuse, et pourtant le filtre avait laissé passer des granulations et même quelques globules blancs.

Le résidu au contraire (bactéridies), placé dans un milieu convenable, conservait les propriétés virulentes.

Pasteur établit encore que la bactéridie pouvait vivre et se multiplier indéfiniment dans des liquides artificiels sans perdre son action sur l'économie.

Il montra que le sang d'un animal en pleine santé ne renferme jamais d'organismes microscopiques ni de germes qui puissent les engendrer, qu'il est imputrescible à l'air pur et que la putréfaction est due à des organismes microscopiques du genre vibrionien venant du dehors. Enfin, le sang d'un animal charbonneux ne renferme pas d'autres organismes que la bactéridie et celle-ci, étant aérobie, ne prend point part à la putréfaction.

Ce sang charbonneux d'ailleurs, conservé dans des tubes à l'abri de l'air et de la putréfaction, perd ses propriétés infectieuses en sept ou huit jours, et même plus tôt, s'il est maintenu à une température de 38° à 40°. Or les virus ne se comportent pas ainsi d'habitude et on emploie même ce moyen pour les conserver (Toussaint).

Il paraît difficile dès lors d'admettre que la bactéridie soit accompagnée d'une substance soluble ou d'un virus partageant avec elle la cause des effets du sang de rate ou de la maladie charbonneuse.

D'où donc viennent ces bactéridies? Comment peuvent-elles donner naissance au charbon spontané?

Pasteur, cherchant à donner le charbon à des animaux en leur faisant manger des fourrages arrosés de liquides de cultures chargés de bactéridies, a constaté que la maladie ne se développait que dans un certain nombre de cas, mais que ce nombre augmentait lorsqu'on mettait parmi ces fourrages des chardons, des barbes d'épi, de l'orge, etc., plantes capables de blesser la muqueuse et de permettre l'inoculation.

Il restait à expliquer comment les germes se conservaient dans ces fourrages, il fallait même prouver que la bactéridie pouvait se conserver.

MM. Pasteur, Chamberland et Roux ont encore résolu ce problème.

La bactéridie se multiplie dans la terre, elle s'y transforme en corpuscules que l'on peut retrouver après plusieurs mois de sécheresse et d'humidité alternatives.

Après avoir cultivé dans 500 grammes de terre vingt gouttes de sang charbonneux étendu d'eau et bien mélangé à la terre, les expérimentateurs ont pris deux grammes de cette terre et les ont mêlés à 300 grammes de terre nouvelle; de celle-ci cinq grammes ont été mélangés à 100 grammes d'autre terre et, de ce dernier mélange, il a été facile, au bout de quatre mois, d'extraire des germes de bactéridies qui, inoculés à des cochons d'Inde, ont déterminé l'infection charbonneuse.

Dans une autre expérience, un mouton charbonneux fut enfoui et, dix mois après, on recueillit de la terre à la surface et à diverses profondeurs; cette terre contenait des germes avec lesquels on fit des inoculations positives. Il est curieux de noter que celle des couches supérieures en contenait une plus grande quantité.

La bactéridie résiste d'une façon étonnante aux conditions climatériques : le froid est sans action sur elle et Pasteur l'a vu résister à une température de — 40°. Une température de plus de 51° est nécessaire pour la détruire, mais il suffit de plus de 44° pour qu'elle perde la faculté de se développer; les températures basses au contraire n'ont pour effet que de retarder son développement, mais sans jamais l'entraver.

Dans les limites normales où la bactéridie peut vivre et se multiplier, l'élévation de température paraît augmenter sa vitalité; mais cette activité, fébrile, s'il est permis de s'exprimer ainsi, ne peut être obtenue qu'aux dépens de sa durée, et l'on peut dire que les propriétés virulentes durent d'autant moins longtemps que la température est plus élevée.

La virulence charbonneuse est en effet une propriété éphémère pour les liquides et les tissus, et M. Colin a montré que les phénomènes de putréfaction, aussi bien que l'action de la chaleur, de l'alcool, des acides, etc., la faisaient disparaître.

Cette virulence met alors à disparaître trois, quatre, cinq jours dans le sang et la plupart des organes; la durée pourtant peut être étendue à huit, dix ou douze jours, si les liquides ou les cadavres sont maintenus à une basse température ou si on les sépare des parties très-putrescibles.

C'est là un fait constant, prouvé par la stérilité des inoculations de tous les produits charbonneux dont la putréfaction s'est emparée ou qui ont été modifiés d'une façon quelconque par des agents extérieurs énergiques.

Il est inutile d'insister sur l'importance de pareils résultats, jamais peut-être expériences de laboratoire n'éclairèrent d'une semblable lumière les faits toujours obscurs de la pathogénie. Est-ce à dire pourtant que l'évidence tout entière soit faite sur cette question des maladies charbonneuses, et que la pratique ne puisse nous ménager aucune surprise, nous mettre en présence d'un fait inexpliqué?

Il serait impossible d'émettre une assertion semblable et nous devons signaler encore les desiderata qui empêchent de mettre parfaitement d'accord la pratique vétérinaire et la science expérimentale.

L'humidité étant une condition favorable pour l'évolution des différents germes, comment se fait-il que les maladies charbonneuses s'observent surtout dans les années chaudes et sèches? Comment se fait-il qu'on puisse se soustraire à l'infection ou du moins diminuer la mortalité de la façon la plus formelle, en faisant passer les troupeaux des terrains secs et crétacés de la Beauce aux terrains argileux et humides de la forêt? Comment se fait-il que les *contrées à ma'laria*, pour préciser notre pensée, soient celles où le charbon s'observe le moins souvent?

Mais revenons au charbon chez l'homme.

Une fois introduite dans les tissus, la substance virulente tend à leur faire subir l'altération dont elle-même est atteinte. Cette action s'opère, *quelle que soit la quantité de matière virulente inoculée;* une plus grande quantité n'a d'autre effet que de rendre les phénomènes d'infection plus rapides.

Si la nature de la substance inoculée, si les conditions dans lesquelles se fait cette inoculation, peuvent avoir quelque influence sur la marche de l'infection charbonneuse, il est non moins vrai que le milieu lui-même dans lequel cette substance sera déposée, favorisera plus ou moins la rapidité de cette marche. Que le virus pénètre dans un vaisseau sanguin, les accidents se montreront presque aussitôt et se succéderont avec une rapidité foudroyante; qu'il soit au contraire déposé sous l'épiderme, dans les couches cutanées, l'évolution sera beaucoup plus lente, l'altération se communiquera de proche en proche et la maladie, restant momentanément localisée, prendra la forme à laquelle on a donné le nom de *pustule maligne.*

La *fièvre charbonneuse*, sans manifestation extérieure, sera observée lorsque l'inoculation se fera dans les profondeurs de l'économie, à la surface des muqueuses internes.

Enfin, lorsque les lésions locales porteront sur des muqueuses facilement accessibles à l'observateur, ou sur ces régions où la peau devenant plus fine et, s'amincissant, se rapproche de la structure des muqueuses, on verra ces *œdèmes* qui, si longtemps, ont paru défier les explications rationnelles.

L'infection charbonneuse, même sous ses formes diverses, est donc une — une dans sa cause et sa génèse, — une aussi, comme nous le verrons plus tard, dans sa marche et sa terminaison.

La forme la plus fréquente est sans contredit, chez l'homme, la pustule maligne, l'œdème vient ensuite; la fièvre charbonneuse est relativement rare.

Les espèces animales présentent quelques dissemblances: le mouton protégé par une épaisse toison présente rarement de lésion externe, c'est donc chez lui la fièvre charbonneuse, le *sang de rate* qui constitue la forme commune.

Chez le cheval et le bœuf, les tumeurs cutanées sont fréquentes. On en a fait longtemps des tumeurs critiques survenant au cours de la fièvre charbonneuse, par suite d'un *effort de la nature médicatrice* qui porterait le virus sous les téguments afin de l'expulser au dehors. On sait ce qu'il faut penser aujourd'hui d'une semblable théorie; ces tumeurs, prétendues critiques, ne sont que les foyers d'infection passés un certain temps inaperçus du milieu des poils. Elles ne sont pas semblables à la pustule maligne, elle, sont sous-cutanées et se développent au sein du tissu cellulo-graisseux: c'est que l'inoculation, au lieu d'être faite dans le corps muqueux de la peau, est portée plus profondément par la piqûre des taons ou tout autre moyen analogue.

Chez l'homme, les cas de pustule maligne peuvent être évalués, sur une moyenne de vingt années, dans un pays où le charbon se rencontre communément, à *un cas par an et par huit cents habitants.* Dans les années de fréquence anormale, nous avons trouvé jusqu'à un cas par quatre cent cinquante habitants.

C'est dans les mois les plus chauds de l'année qu'on rencontre le plus de pustules malignes, mais on peut aussi en trouver pendant l'hiver.

Sur quatre-vingt-treize cas dont nous avons conservé la date:

Juillet donne	29	cas
Août	28	—
Octobre	15	—
Septembre	8	—
Juin	5	—
Mars	3	—
Mai	2	—
Novembre	1	—
Décembre	1	—
Janvier	1	—

L'âge, le sexe, la constitution sont absolument sans influence sur la prédisposition à contracter l'infection charbonneuse. — Il est évident que

tout individu qui s'expose à la contagion peut être atteint.

La pustule maligne ne confère aucune immunité, l'inoculation peut toujours être reproduite. Ce fait se voit assez souvent quand le mode de traitement comporte un écoulement de sang abondant, la moindre érosion de l'épiderme permettant à nouveau l'entrée du virus.

La pustule maligne s'observe le plus souvent sur les régions habituellement découvertes. Sur quatre-vingt-dix cas, dans lesquels le siége a été noté, nous trouvons :

Face	36	cas
Mains et poignets	16	—
Bras et avant-bras	16	—
Cou et nuque	9	—
Jambes	5	—
Poitrine	4	—
Cuisse	3	—
Ventre	1	—

L'œdème malin, beaucoup plus rare, se rencontre surtout au voisinage des muqueuses, dans les points où la peau acquiert sa plus grande minceur et où, par contre, le tissu cellulaire est plus lâche. C'est surtout aux paupières et à la région maxillaire qu'on l'observe.

Le charbon peut se rencontrer partout : cependant certaines régions en présentent un nombre de cas plus nombreux. En France, nous citerons la Beauce, la Brie, la Champagne, la Provence, etc... où il affecte le plus souvent le caractère épizootique.

Par une relation facile à comprendre, les cas seront d'autant plus fréquents chez l'homme que la maladie sévira sur les animaux d'une façon plus intense. On trouvera dans la génèse même de l'affection la raison que lui conserve alors le caractère essentiellement sporadique.

(*A suivre.*)

Dr A. Gassot,
Membre fondateur du Concours médical.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE PNEUMONIE AIGUE

Débutant brusquement, précédé seulement d'un unique frisson, aussi prolongé que celui d'un accès intermittent, la pneumonie aiguë se présente de suite avec un appareil symptomatique particulier : l'élévation de la température, et la marche cyclique qu'elle affecte, la toux, la dyspnée, l'expectoration, les signes plessimétriques et stéthoscopiques qui traduisent l'évolution des lésions pulmonaires.

La pneumonie aiguë est, en quelque sorte, le type même de la maladie aiguë. Aussi, comme fait remarquer M. Hanot, dans sa thèse d'agrégation, ce n'est pas un des côtés les moins curieux de cette intéressante maladie, que l'histoire des fluctuations et des révolutions par lesquelles a passé le traitement de la pneumonie; les principales méthodes thérapeutiques trouvaient là comme une pierre d'épreuve et leur critérium; et la pneumonie constitue proprement le champ naturel et commun d'expériences, où se sont débattues les grandes querelles thérapeutiques, qui, tour à tour, ont divisé et passionné la médecine. D'où il suit que son histoire est irrévocablement liée à celle des révolutions et de l'évolution de la science elle-même ; cela est si vrai, dit encore M. Hanot, que c'est presque autant un chapitre de pathologie que de thérapeutique générale que nous allons écrire.

Cette conception si juste de l'histoire de la thérapeutique de la pneumonie rendait la tâche difficile à remplir. M. Hanot a réussi à présenter un travail empreint d'un sens clinique profond, en même temps que d'un tact thérapeutique, aussi éloigné du scepticisme que de l'enthousiasme.

Nous avons l'intention d'analyser ce travail pour nos lecteurs. Il n'est pas de sujet plus pratique, et l'occasion était trop favorable pour que nous ne la saisissions pas avec empressement.

Ce qu'il faut étudier, c'est la base sur laquelle la médecine peut édifier un mode de traitement rationnel. Ce qu'il faut saisir au milieu du dédale des systèmes, à travers les statistiques invoquées à l'appui de chaque médication, c'est l'indication. C'est l'indication que nous fournira le malade, plus encore que la maladie, et c'est à étudier les indications que nous consacrerons ce premier article.

Trouverons-nous la boussole qui dirigera nos efforts dans les doctrines qui ont régné ou qui règnent encore sur la nature de la maladie?

Le premier chapitre de la thèse de M. Hanot se termine par cette phrase : Nous avons voulu établir ici que la *nature* de la maladie est encore inconnue et que c'est ailleurs qu'il faut chercher les règles pratiques d'un traitement rationnel.

Pour les anciens la pneumonie réalisait le type de la maladie aiguë, selon les vues hippocratiques. La maladie est *générale d'emblée* et par essence, et se localise dans ce cas spécial sur le poumon. La lésion du poumon constitue la localisation de la *fièvre pneumonique,* comme les arthrites constituent la lésion de la fièvre rhumatismale.

Sous l'influence de Bayle, de Broussais, de Laennec, d'Andral et de Bouilland, on arriva à considérer la pneumonie comme une maladie *primitivement* et foncièrement *locale.*

« La pneumonie est une maladie locale se développant sous l'influence de causes banales, le froid surtout, comme le ferait une bronchite, un coryza. »

Récemment, une nouvelle théorie s'est fait jour, en Allemagne surtout, et il semble qu'on revienne à la théorie de l'essentialité de la pneumonie. Jürgensen, cité par M. Hanot, formule ainsi cette opinion : la pneumonie croupale est une maladie générale, non locale. L'inflammation du poumon n'est qu'un des principaux symptômes et n'explique pas l'ensemble des phénomènes morbides. Il faut admettre un agent morbide *spécifique*. La pneumonie croupale appartient donc au groupe des *maladies infectieuses*.

Klebs, dans ce même ordre d'idées, a même décrit un protorganisme, le *monas pulmonalis* dont l'inoculation, chez les animaux, provoquerait artificiellement la maladie; et pour combattre cette maladie zymotique, on ne s'étonnera plus, dès lors, de voir Kunze conseiller l'injection sous-cutanée d'acide phénique.

Ce qui paraît évident, dans l'état actuel de la science, est l'insuffisance des arguments mis en avant par les partisans de la spécificité de la pneumonie.

La pneumonie sévit bien, en effet, avec certaines apparences de contagiosité et d'épidémicité, dans les grandes villes, dans les prisons, dans les asiles, etc., mais cela n'est pas une preuve suffisante. On doit reconnaître à l'inflammation pneumonique, dit M. le professeur Peter, deux origines : une origine intrinsèque, une origine extrinsèque; l'origine intrinsèque, c'est la fatigue et l'usure de l'organe; l'origine extrinsèque, c'est le froid. Pour qu'une pneumonie se produise, il faut le concours de toutes les forces de l'être vivant, ou plutôt de toutes ses faiblesses; il faut l'opportunité morbide. » On comprend alors, sans qu'il soit besoin de faire intervenir la notion de spécificité, pourquoi dans les grandes villes, dans les prisons, partout enfin où l'on est confiné, où le champ respiratoire est rétréci, où la nutrition s'allanguit, on comprend, disons-nous, que l'individu qui est soumis à ces influences multiples soit atteint plus souvent que l'habitant des campagnes, et on comprend déjà quelle physionomie différente la phlegmasie pulmonaire présentera à l'observateur attentif.

Nous ne voulons pas nous étendre sur ce point intéressant, il nous suffit de l'avoir indiqué à nos lecteurs. Mais nous tenons à faire remarquer que cette doctrine des germes n'est rien autre chose que la doctrine ancienne de la spécificité. Réduite au silence pendant longtemps, contenue par le progrès de l'anatomie pathologique et des sciences physico-chimiques, la vieille doctrine de la spécificité s'est relevée à la voix de M. Pasteur et de ses élèves, et on a pu croire un instant que l'agent de la spécificité étant trouvé, la fièvre pneumonique, la fièvre rhumatismale et les autres allaient enfin recevoir des recherches modernes une consécration scientifique.

Il ne faut pas se hâter et nous avons trouvé dans un article récemment traduit du Dr Chr. Luerssen *(Revue inter. des sciences)*, une phrase que nous livrons à la méditation des médecins : « Il n'y a pas un département des cryptogames au sujet duquel on ait autant écrit que celui des maladies infectieuses et de leurs relations avec les bactéries. Mais sur aucun autre terrain on n'a commis autant d'erreurs, soit que des observateurs ignorants eussent entrepris des recherches qui étaient au-dessus de leur compétence, soit qu'on affirmât avec la plus grande naïveté des faits qui sont en contradiction directe avec tous les autres résultats scientifiques... Les innombrables notes des médecins sur l'action des bactéries sur l'organisme humain ou animal, en général, doivent donc être accueillies avec la plus grande défiance... »

Avec M. Hanot, nous dirons donc que ces doctrines qui règnent sur la nature de la pneumonie ne nous seront d'aucun secours au lit du malade.

Nous voyons donc qu'il est impossible de tirer des indications thérapeutiques des théories sur la nature de la pneumonie aiguë. Nous disons des indications rationnelles, car l'école anatomo-pathologique du commencement du siècle, ne voyant que la lésion locale, en tirait cette conclusion logique que l'indication était de s'attaquer directement au processus anatomique, d'en troubler l'évolution et de chercher à l'amoindrir, à l'enrayer. On allait même parfois jusqu'à parler de *juguler* la maladie. Le moyen, c'était la saignée, l'antiphlogistique, par excellence. Ce n'est pas le lieu de discuter ici les indications de la saignée. Il nous suffit de dire que l'indication qu'elle devait remplir, selon Broussais et ses élèves, ne repose pas sur la réalité des faits.

Il faut donc chercher une base plus sûre pour guider le médecin placé en face d'un malade atteint de pneumonie.

Envisagée dans son type le plus régulier, le plus pur, dit M. Hanot, et en dehors de toute interprétation dogmatique, la pneumonie aiguë est constituée par trois éléments essentiels : un processus anatomique, un état fébrile, une évolution; trois éléments également caractéristiques.

Mais ce type régulier, normal est, pour ainsi

dire, en dehors des faits observés. Si là se bornait les éléments constitutifs d'une pneumonie aiguë, c'est à l'expectation pure et simple qu'il faudrait aboutir nécessairement. Mais ce type régulier présente de nombreuses variantes dont quelques-unes nous échappent et dont d'autres peuvent se rattacher à l'état préalable de l'organisme où éclate la maladie, où elle évolue et se termine. Et si dans la pneumonie aiguë primitive, il y a des formes diverses, il y a aussi des pneumonies aiguës secondaires.

Voilà donc des éléments qui paraissent aussitôt plus accessible à l'intervention du médecin. C'est là que le clinicien se montrera avec toutes ses qualités. « Une thérapeutique rationnelle doit avoir pour guide la connaissance exacte des trois aspects dominants de l'évolution franche et correcte et des incidents qui la compliquent : symptômes qui s'exagèrent, lésions inaccoutumées qui s'ajoutent, débilitation organique antérieure, états morbides concomitants qui multiplient la gravité du mal. »

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A PROPOS DE L'ASSURANCE-VIE

Monsieur le Directeur du *Concours médical.*

J'ai suivi avec un vif intérêt tout ce qui a été écrit par vous ou vos collaborateurs au sujet de l'assurance sur la vie, et je déplore que votre estimable et cher journal n'ait pas été fondé beaucoup plus tôt. Je me suis assuré il y a déjà longtemps, et je paye pour mon assurance une somme énorme eu égard à la modique somme qui sera payée à mes héritiers après ma mort. Il est vrai que je me suis assuré à un âge déjà assez avancé et à la Compagnie... qui ne donne pas ses coquilles. Je vois cependant une telle différence entre la Compagnie que vous conseillez et la mienne que je me prends à me demander si j'ai bien lu.

Je ne crains pas d'affirmer que nos confrères qui ne sont point encore assurés, feront bien de profiter de leur jeunesse pour assurer à eux et à leur famille la sécurité que vous leur annoncez avec tant de conviction et d'autorité. Ils ne feront jamais mieux que de suivre vos pratiques conseils. Qu'ils profitent de leurs jeunes ans et du patronage que vous voulez bien leur donner ; ils ne s'en repentiront jamais.

Veuillez, monsieur le directeur, agréer l'expression de mes meilleurs et plus dévoués sentiments confraternels.

Dr AUGUSTE MILLET,
Professeur à l'Ecole de médecine de Tours.
Membre du Concours Médical, nº 693.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE

Ni exploitation de l'unité par le nombre, ni exploitation de la foule imbécile par l'audace.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'examiner si la médecine peut être organisée, et comment elle pourrait l'être.

Il y a eu jusqu'à ce jour, bien des essais, bien des tâtonnements, mais on n'a jamais eu en vue que le malaise des médecins ; on a cherché à se soutenir entre soi, à se rendre la vie moins pénible, à s'assurer des honoraires moins infimes, mais jamais on n'a eu en vue, que je sache, une organisation ayant pour but l'avantage mutuel des malades et des médecins.

On dit : La médecine est un sacerdoce ! Sans doute, puisque c'est un labeur incessant, allié à un dévouement continuel et absolu ; mais dévouement et labeur sont choses maigres pour ceux qui se dévouent, et le moindre ducaton ferait bien mieux leur affaire.

Il faudrait pour ce sacerdoce avoir la main toujours ouverte et toujours pleine.

A quelle source la main du médecin s'emplirait-elle ? Il n'a pour exercer son sacerdoce ni temple, ni autel, ni dons, ni quêtes.

Et pourtant c'est encore lui qui donne le plus à la société. Laissons de côté le temps et les dépenses qu'il doit faire avant d'acquérir le droit de devenir le serviteur patenté de ses concitoyens ; le droit de se mettre au service des autres, qui eux ont le droit, très-juste d'ailleurs, de ne pas user de ses services. Et s'ils en usent, c'est toujours pour en abuser sans limites.

Le médecin est patenté comme le marchand de cirage ; il paie comme les autres tous les impôts imaginés : il paie pour le cheval qui le transporte chez les malades, il paie pour la voiture....

Il donne aux quêtes à domicile, et il a les aumônes de la route ; comme les riches il donne aux pauvres ; et il a, en outre, ses pauvres à lui qui ne sont les pauvres de personne autre : les malades qu'il secourt gratis et les riches qui ne le paient pas.

Trouve-t-on beaucoup de gens en France qui donnent chaque année, en dehors de tous leurs autres dons, la moitié du fruit de leur travail ?

Il donne à l'Etat, même quand l'Etat lui alloue 5 francs pour l'exhumation d'un cadavre en putréfaction. On serait tenté de croire à une circonstance atténuante, car cette putréfaction peut avoir détruit le germe d'un principe contagieux !

Il donne aux préfets, aux maires, aux sociétés de bienfaisance, de secours mutuels, qui battent le rappel de la pièce blanche dans sa pauvre poche vide.

Le préfet décide que les indigents seront secourus gratis. On leur donne le pain, la viande, le bois, les médicaments et le médecin.

Mais on paie de bon argent sonnant provenant de toute source : le boulanger, le boucher, le pharmacien, etc... Le médecin, lui, on l'investit d'une haute confiance et on compte sur son dévouement !

Circulaire de monsieur Ferry, ministre de l'instruction publique, novembre 1879.

Monsieur le Préfet,

Mon attention a été appelée à plusieurs reprises sur l'utilité qu'il y aurait au point de vue de l'hygiène des écoles primaires, à organiser dans tous les départements un service de médecins inspecteurs de écoles.

. . . .

Mais les inspecteurs primaires, quels que soient d'ailleurs leur zèle et leur vigilance, ne possèdent en général que des connaissances médicales imparfaites.

Le service d'inspection médicale des écoles primaires pourrait être organisé sur les bases suivantes :

Il y aurait dans chaque canton, etc., etc., etc.

Je me plais à penser que ce projet ne rencontrera dans l'application aucune difficulté sérieuse. Les hommes de bonne volonté ne manqueront certainement pas pour remplir les fonctions de haute confiance pour lesquelles une légère rétribution pourrait au besoin être votée par les communes intéressées.

La médecine est un sacerdoce!!!

Un sacerdoce! mais le médecin à son premier lever doit payer une patente de 55 francs et plus, 50 francs pour une voiture, 25 francs pour un cheval, un lourd loyer et des contributions, et puis ceci et puis cela.

Je ne parle pas de sa santé et de sa vie, et de celles de sa famille, qu'il expose en toute occasion, au contact de toutes les maladies.

C'est une vérité, en France, la plus belle façon de récompenser le médecin c'est de lui quémander sans cesse et d'accepter tout de lui comme un dû. C'est chose si naturelle, si constante, si invétérée, qu'il est des cas, où les personnes les plus intéressées à son bonheur, considéreraient comme déshonorant de lui offrir, ce qu'on est pourtant convenu d'appeler des honoraires.

Pères, mères, frères, sœurs, tantes et oncles, se garderont bien de ne pas payer à leur fils, frère, ou neveu, le pain, le bois, le vin... qu'ils prendront chez eux; le médecin lui-même paiera son père boulanger, ou marchand de vin... Que dirait-on de lui s'il réclamait des honoraires à tous ces parents-là? Et jamais médecin n'y a songé.

Il y a mieux, on trouve tout naturel qu'un médecin sache tout : qu'il soit également versé dans les sciences, les arts, la littérature... Mais on ne peut se faire à l'idée qu'il devienne quelque chose, et si, en dépit de tout, on en voit qui deviennent députés, sénateurs, ministres, ambassadeurs, on s'étonne, on clabaude, on crie. On les accuse d'avoir jeté le froc aux orties, d'avoir abandonné leur *noble mission*.

Enfin, ils arrivent non pas comme docteurs, mais quoique docteurs.

Ah! un ouvrier, un marchand, un instituteur, c'est bien différent.

Des gens qui n'ont rien appris! Apprendre pour la majorité de nos concitoyens, c'est aller aux écoles.

Enfin, pas un notaire, pas un avoué, ne fera une course nécessitant une voiture, à moins d'un prix largement rémunérateur, même au minimum de leur taxe; le médecin lui, ne peut guère demander que de quoi payer la paille de son cheval. Il est vrai que la santé n'est le bien le plus précieux, que quand on est malade. Une fois guéri, on oublie vite et l'on dit :

« Mieux vaut payer le boulanger que le médecin, » et, misère humaine, le médecin est bien plus certain d'être payé après décès, qu'après guérison.

Après décès, on hérite; après guérison, on hésite, on retarde et on oublie.

Le médecin a, en outre, tout le monde pour concurrent heureux : il a le pharmacien, qui ne rêve et n'a jamais rêvé que médecine.

Il a tous les gens qui ont guéri, et qui sont fiers de préconiser leur remède, c'est leur remède à eux. Le remède de Mme X... contre les coups et les brûlures; le remède de M. Z., pour les yeux.

Les riches recherchent les remèdes des pauvres et des ignorants; les pauvres s'enorgueillissent du remède des riches.

On voit tous les jours des juges à Berlin, qui viennent de condamner un individu pour exercice illégal de la médecine, aller le consulter au sortir de l'audience. On a vu des personnages invoquer la haute autorité d'un médecin nègre ou d'un zouave parvenu au grade de caporal après quinze ans de service.

Eh bien! oui, la médecine est difficile en tout. On ne saurait traiter un médecin comme un manœuvre, on le sent; on ne peut le faire venir comme un bottier qui va prendre mesure; on ne peut faire le marchandage comme avec le maçon, et voilà pourquoi le médecin ne devrait pas être payé de la main à la main, par son malade, voilà pourquoi il doit être payé par des désintéressés, par un payeur, un agent spécial, parce qu'alors ses honoraires lui seront comptés largement, intégralement, sans regrets, sans conteste; voilà pourquoi il faut une organisation à la médecine.

Toutefois, la seule organisation juste, raisonnable, est celle qui, avant tout, s'occupera des malades, et c'est sur cette base que nous étayons ce que nous allons exposer.

(*A suivre.*)

Dr RIDREAU
Officier de la légion d'honneur.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. La bibliothèque diamant des sciences médicales et biologiques vient de s'enrichir d'un nouvel ouvrage destiné à un grand succès, c'est le *Manuel de pathologie interne* (1). L'auteur, M. Dieulafoy, dont on connaît le talent et le mérite, traite, dans ce premier volume, des maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et du système nerveux, c'est-à-dire d'affec-

(1) Par M. Dieulafoy, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-12, relié à l'anglaise. G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. Tome premier, prix : 6 fr.

tions très-importantes que le praticien rencontre souvent sur sa route. Le tome II terminera cet ouvrage et complètera le cadre nosologique de l'auteur. Sans entrer dans les nombreux détails que comporterait une analyse, disons que, dans ce volume, écrit avec une précision et une clarté vraiment remarquables, nos lecteurs trouveront une réfutation convaincante des arguments apportés par l'école allemande en faveur de la réalité des lésions phthisiogènes. On y lira avec fruit le manuel opératoire de la *thoraccntèse*, manuel opératoire tellement important que, faute de s'y conformer, on éprouve ces insuccès mis à tort sur le compte de cette opération, tandis qu'ils doivent être rapportés à une tout autre cause. C'est ce que démontre très-bien M. Dieulafoy, à qui nous devons l'initiative de cette opération entrée depuis longtemps dans le traitement médical et journalier de la pleurésie. Les cas de mort subite, de transformation purulente de la sérosité pleurale, etc., tiennent non pas à l'opération, mais à des causes intrinsèques que l'opérateur doit tout d'abord examiner avant de suivre ce mode de traitement.

II. Beaucoup de médecins ne voient guère, dans les *maladies de la peau*, qu'une *spécialité* à exploiter par d'autres confrères qui en ont fait une étude spéciale. C'est là un très-grand tort, nous dirons plus, une profonde erreur, car s'il est une classe d'affections cutanées (parasitaires, professionnelles, etc.), qui n'ont aucune racine dans l'économie et qui sont tout à fait indépendantes de la santé générale, les autres sont liées à la constitution, au tempérament, elles dépendent de troubles fonctionnels, de désordres locaux ou d'états pathologiques généraux. N'est-ce pas sur la peau que l'herpétis, la syphilis, la scrofule, ont pour ainsi dire leur siége d'élection. N'est-elle pas comme un vaste champ ouvert au développement d'une multitude de lésions aussi variées dans leurs formes et dans leurs aspects qu'elles le sont dans leur nature; et toutes ces lésions qui constituent les maladies dont nous la voyons atteinte, ne sont que les signes extérieurs et que la traduction d'autres maladies plus profondes et plus générales. Les dermatoses sont donc indissolublement liées à toute la pathologie dont elles sont un des flambeaux, en même temps qu'elles en reçoivent des traits lumineux qui nous permettent d'apprécier leur caractère et leur nature.

C'est ce qu'a très-bien compris M. le Dr Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui, dans deux volumes in-8 (1), nous a condensé tout ce qu'il est utile au praticien de savoir sur ces affections que l'on rencontre souvent dans la pratique. Le premier intitulé : « *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, etc., se divise en deux parties. La première est consacrée aux lésions élémentaires et aux affections génériques (psoriasis, eczéma, etc.). La seconde contient la description des scrofulides et des syphilides, c'est-à-dire des manifestations morbides si variées que l'on rencontre dans ces deux diathèses. On apprendra sans doute avec intérêt que l'auteur rapporte un cas de fibrômes tellement multipliés qu'il n'a pas hésité à admettre l'existence d'une *diathèse fibromique*.

Le second volume intitulé : « *Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau*, etc., comprend également deux parties. La première est consacrée aux affections cutanées qui se rencontrent chez l'enfant et chez le vieillard où elles revêtent souvent certaines formes spéciales et caractéristiques. Dans la seconde partie, on trouvera la discussion des grandes questions doctrinales de l'arthritis et de l'herpétis qui divisent encore les dermatologistes. Puis viennent une foule d'affections secondaires (urticaire, érythème pytiriasis, varicelle, purpura, hémophilie, papillome, cors, albinisme, calvitie, etc, etc), sur lesquelles on trouvera toujours une notion claire, méthodique et surtout pratique.

(1) Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120

III. En terminant cette rapide revue bibliographique, signalons l'apparition d'un livre impatiemment attendu depuis longtemps, le *Traité de chimie biologique*, par M. Ad. Wurtz (1) dont nous possédons enfin la première partie. Après des considérations sur la chimie chez les végétaux et chez les animaux; la nature des matières albuminoïdes, le savant professeur aborde les phénomènes chimiques de la digestion. Cette première partie se termine par l'étude du sang. On retrouve dans cet ouvrage la substance des leçons dont l'amphithéâtre de la faculté retentit depuis l'année 1849, avec tous les progrès réalisés jusqu'à ce jour dans le domaine, à peine exploré encore, de la chimie biologique.

Dr A. B.

(1) Un vol. in-8. Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

CHRONIQUE

Election des membres du Conseil supérieur de l'instruction publique pour l'ordre de la médecine. —

Les délégués des cinq facultés de médecine de province, représentant cent soixante-dix électeurs, vis-à-vis des soixante-quatorze de la faculté de Paris, se sont entendus au sujet de divers vœux, dont les plus importants consistent dans la prompte *organisation des centres universitaires régionaux*, largement dotés, outillés et autonomes; dans la nécessité de ne faire interveuir dans la *nomination aux chaircs* que des considérations d'ordre purement scientifique et de *décentraliser les concours d'agrégation*, etc.

Les facultés de province, maîtresses de l'élection, ont réclamé l'acceptation de ces vœux par les candidats au Conseil supérieur de l'instruction publique. C'est à cette condition, qu'elles ont consenti à choisir un des candidats dans le sein de la faculté de Paris.

Les négociations se sont terminées par le choix comme candidats de MM. Moitessier, doyen de la faculté de Montpellier; Vulpian, doyen de la faculté de Paris.

BOITE DE SECOURS PHARMACEUTIQUES.

Beaucoup de communes étant dépourvues d'officine de pharmacien, l'administration a songé à combler cette lacune au moyen de boîtes de secours contenant des médicaments et autres objets indispensables pour donner les soins médicaux les plus urgents dans le cas de maladie ou d'accident.

Le ministre de l'intérieur a nommé, à cet effet, une commission spéciale qui a dressé un état des objets qui lui ont paru devoir entrer dans la composition de la boîte. Il résulte d'une circulaire que M. Lepère vient d'adresser à ce sujet à tous les préfets, que la boîte de secours devra être divisée en deux compartiments; l'un contenant les médicaments exclusivement réservés aux médecins, l'autre les objets laissés à la disposition du public. — Le prix de chaque boîte est fixé à 200 fr. De plus l'usage des médicaments devra être absolument gratuit (*Gaz. hebdomad.*)

UN SINGULIER AVIS. — Le *Glaneur*, de Bazas, publie le singulier avis suivant : « M. l'abbé R. Bossey, curé de Camiran, a l'honneur de prévenir le public qu'il renonce à la pratique de la médecine, et prie, en conséquence, les personnes qui désireraient se consulter avec lui sur leurs maladies, de vouloir bien s'adresser ailleurs. »

UN DANGEREUX PAYEMENT.

Si l'historiette suivante n'est pas vraie, elle pourrait parfaitement l'être, ou donner lieu à quelques variantes. Aussi, par ce temps d'émissions financières désordonnées, à bon entendeur, salut !

Le Dr X... est un de nos médecins les plus justement estimés. Il soigne à la fois le théâtre et la finance.

Or, parmi ses clients les plus assidus se trouvait un financier qui s'était toujours fait tirer l'oreille pour le règlement de ses honoraires. Aussi le Dr X... fut-il agréablement surpris en recevant un beau jour une lettre charmante dans laquelle son client s'excusait de l'avoir fait attendre aussi longtemps, lui annonçant que ne voulant pas payer avec un vil métal les soins empressés de son excellent docteur, il venait de lui faire octroyer à titre gracieux un certain nombre d'actions d'une nouvelle Société fondée sous son haut patronage.

Le Dr X..., tout en ne s'attendant pas à de plantureux bénéfices, signa le récépissé qu'on lui tendait et accepta néanmoins les actions qui, faut-il le dire, ne lui rapportèrent jamais ni intérêts ni dividendes. Aussi les avait-il reléguées depuis longtemps au plus profond de son coffre-fort, et il avait complètement oublié cette affaire, lorsqu'il a été brusquement et brutalement réveillé, ces jours derniers, par une assignation à comparaître devant dame Justice, afin de s'entendre condamner à payer une somme de dix mille francs, montant des versements non effectués sur ses actions ; la Société étant tombée en déconfiture et ses actions n'étant pas complètement libérées.

Le Dr X..., à cette demande, bondit comme un beau diable et remua ciel et terre pour éviter ce terrible versement. Mais il prouva en vain sa bonne foi et sa parfaite innocence, la loi, paraît-il, était formelle, et il fut bel et bien condamné, même aux frais.

Aussi, comme le corbeau de la fable, *jura-t-il, mais un peu plus tard, qu'on ne l'y prendrait plus.* (*Abeille médicale.*)

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

Avis. Les correspondants qui réclament, à quelque titre que ce soit, l'envoi de numéros, sont priés de joindre à leur lettre de réclamation, 0,25 cent. par exemplaire.

— Dr R., à B. (Maine-et-Loire), 27 mars.

Votre projet sera inséré; l'idée nous semble bonne, est-elle applicable? aura-t-elle le pouvoir de se faire accepter?

— Dr R., à C. (Aude), 29 mars.

Merci, de votre trop élogieuse lettre. Nous sommes heureux qu'il n'y ait eu qu'un malentendu et que nous puissions vous considérer comme notre collaborateur durable. On vous fait l'envoi.

— Dr B., 111 (Maine-et-Loire).

Nous ne connaissons pas d'ouvrage traitant d'une façon spéciale du thermo-cautère. Ses applications sont en général celles du cautère actuel. Quant à l'instrument, vous pouvez vous le procurer chez M. Galante, aux conditions qu'impose le brevet.

— Dr P., 795 (Somme).

On vous fera l'envoi réclamé, dès que vous aurez indiqué votre nouvelle adresse. Prix : 5 fr. Satisfait de constater par les détails de votre intéressante lettre, que nous sommes en parfaite communion d'idées; nous nous inspirerons de celles que vous nous exposez.

— Dr J., à C. (Aude), 30 mars.

Malgré son laconisme, nous croyons devoir considérer votre lettre comme une adhésion explicite et vous inscrivons membre participant.

— M. S., médecin à M. (Bouches-du-Rhône), 31 mars.

Vous devriez vous associer à quelques confrères, pour faire collectivement la démarche indiquée, auprès de M. L..., rapporteur de la loi sur les patentes. Vous avez pour cela toute autorité et chance d'être accueillis.

— Dr D., à B. (Oise), 1er avril.

Nous n'avions pas cessé de vous considérer comme un des nôtres. Il y avait pour cela les meilleures raisons. Recevez nos meilleurs compliments.

— Dr S., à R. (Ardennes), 1er avril.

Nous insérerons, bientôt probablement et regrettons ce retard qui est tout entier de notre fait. Nous vous avons décliné le motif, vous dites : « J'ai lu avec un vif intérêt votre exposé de l'assurance-vie, et les combinaisons auxquelles il prête sont on ne peut plus satisfaisantes. Pour moi, qui étais assuré au..... avant la création du *Concours*, je me déciderai sans doute un jour à permuter. »

Quand vous aurez lu le projet dans son entier, nous vous serions reconnaissants, de vouloir bien nous faire part de vos impressions et des résultats comparatifs. — Vous avez dans le présent numéro un des points de vue que vous indiquez. Les autres ne sont pas tous pratiques à notre sentiment. On tiendra compte de vos désirs, sous certains rapports. Il est de notre devoir absolu de nous inspirer de ces communications. Nous ne les trouvons jamais trop fréquentes.

— Dr Ch., à M. (Hérault), 2 avril.

Nous sommes heureux de vous rendre service, et nous sommes heureux surtout que ces offres vous soient faites par des membres du *Concours*. Nous ne ferions toucher le prix de votre abonnement, que dans le cas où, ayant réussi à vos souhaits, vous désireriez verser le montant à la caisse des fonds communs.

— Dr F., à S. (Loiret).

« J'ai confiance que le *Concours Médical* aidera pour « sa part le *Corps Médical* à se relever au niveau qui lui « appartient. Si, comme corporation, nous prenions pour « devise : *quisque sibi*, habitués comme nous le sommes « aux rudes fatigues, notre travail nous assurerait plus « que le pain quotidien. »

— Dr M., 648 (Aube), 4 avril.

« Si vous pouvez nous faire obtenir, par votre système « d'assurances, les beaux résultats que vous annoncez, « vous nous aurez rendu grand service à tous. Je viens « en outre, vous rappeler que vous aviez l'intention d'or- « ganiser un service de remplacement entre médecins, « en cas de déplacements pour causes diverses ou de « maladie. Je vous félicite de l'activité que vous mettez à « servir notre cause commune. Comptons sur nous et non « sur les pouvoirs publics pour améliorer notre situa- « tion, etc... Croyant toujours que la véritable cause de « nos souffrances réside dans le trop grand nombre de « médecins, je propose de rédiger une brochure que nous « répandrions à un grand nombre d'exemplaires et qui « contiendrait l'énumération de nos griefs, nos souffrances, « des misérables fruits de notre travail. Elle pourrait ar- « rêter au seuil de la carrière les jeunes gens sans for- « tune. Je m'inscris pour la somme de... »

Cette dernière idée est juste. Quant au remplacement, il faut qu'il y ait offres et demandes précises. Nous serons les intermédiaires bénévoles.

— Dr C., à R. (Vosges), 4 avril.

Absolument incompétents, nous ne pouvons que vous engager à ne plus lire de journal financier, et à recourir aux conseils d'affaires du *Concours*.

La maison Rappefort et Chanlaire, nous écrivait le 27 mars : « Nous avions cru tout d'abord que vous exa- « gériez le mal, le corps médical, pensions-nous, est com- « posé d'esprits trop éclairés, pour avoir été victime de « telles manœuvres. Eh bien, monsieur, nous nous trom- « pions. Chaque jour, nous recevons des lettres qui nous « consternent. Les économies ont été confiées à d'indignes « conseillers ; la fatigue arrive avec l'âge et le résultat de « toute une vie de travail est gravement compromis. On « nous demande notre avis sur des valeurs n'ayant aucune « consistance et qui, tombées à des cours désastreux, « échappent à une sérieuse appréciation. Que faire? don- « ner de bons conseils, direz-vous. Nous ne demandons « pas mieux ; mais il est bien plus facile de conseiller un « bon placement, que de se prononcer sur des valeurs « véreuses, sur lesquelles la perte représente la plus « grande partie du capital engagé. C'est là une situation « bien délicate, vous devez le comprendre, mais nous « n'en sommes pas moins résolus à vous seconder dans « votre tâche et nous efforcer, comme vous, de rendre « service aux membres du *Concours Médical.* »

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 16 | 17 avril 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

— M. Colin (d'Alfort), infatigable l'expérimentateur, a lu à l'Académie un travail intitulé : *Sur le refroidissement du corps par l'eau, actions de la pluie, des aspersions et du bain froid.*

C'est dans l'eau, dit l'auteur, que le refroidissement du corps s'opère avec la plus grande rapidité; c'est dans ce milieu, entre 0 et plus 15o que la calorification animale lutte avec le moins d'avantage contre la déperdition due à la conductibilité et au rayonnement. L'eau, même à la température des puits ou des sources, appliquée en affusion continue dans des régions plus ou moins étendues de la peau, peut, sans modifier notablement l'état de l'ensemble du tégument, produire dans les parties mouillées une réfrigération de 8, 10, 12o en un quart d'heure, et de 22 à 24o en une demi-heure, de sorte que la peau tombe de 11 à 12o, c'est-à-dire à une température égale, quelquefois inférieure à celle du milieu ambiant. Cette énorme réfrigération se produit plus vite sur la peau nue que sur celle qui est couverte de poils. Dans tous les cas, elle ne reste pas limitée à la surface, mais s'étend au tissu cellulaire sous-cutané, au réseau veineux, au pannicule adipeux et au muscle peaucier.

La peau une fois refroidie ne reprend pas sa chaleur avec la rapidité qu'elle avait mise à la perdre; son refroidissement tend à persister, au moins à un certain degré, surtout lorsque la réaction n'est pas provoquée par des moyens artificiels.

En général, le temps employé au réchauffement est triple ou quadruple de celui du refroidissement. Le réchauffement, qu'il soit spontané ou provoqué, est rapide au début, puis d'autant plus lent qu'il se rapproche de son terme; il s'arrête souvent pour un temps très-long à 1 ou 2o au-dessous du point initial. Comme il se fait aux dépens du calorique emprunté aux parties profondes, celles-ci se refroidissent proportionnellement à l'étendue des pertes éprouvées à la surface du corps. De là des accidents qui surviennent dans les parties où la contribution n'est pas facilement supportée.

Lorsque le refroidissement porte sur la totalité de la peau, comme dans les cas d'immersion, il s'opère suivant les lois du refroidissement partiel, mais en outre il détermine celui du corps avec une rapidité inverse de la masse de l'animal et de la température de l'eau.

Dans l'un et dans l'autre cas, la peau refroidie au contact du liquide s'empare du calorique des parties sous-jacentes. La double déperdition, si le corps est dans le bain froid, peut faire baisser la température centrale de 10 à 12o en une heure, sur un animal de la taille du chien.

L'abaissement de la température intérieure, bien qu'il soit plus lent dans l'eau de source que dans l'eau voisine de 0, tue habituellement dans des délais de même durée; l'animal meurt dès que sa température intérieure tombe à 25o. Il ne périt dans l'eau plus froide qu'au moment où cette température est descendue à 20, à 15 et même à 10o centigrades.

Le refroidissement dans l'eau ne diffère du re-

froidissement dans l'air qu'au point de vue de la rapidité avec laquelle il se produit. Le même animal qui supporte nu et sans abri pendant plusieurs jours des froids de 15° au-dessous de 0, sans que sa température baisse sensiblement, est tué en quelques heures dans l'eau à plus 15°, c'est-à-dire dans un milieu à 30° au-dessus de la température atmosphérique.

— Nous reviendrons sur la question de l'*Allaitement artificiel,* soulevée de nouveau par M. Devilliers, à propos d'une récente décision du conseil municipal de Paris.

Conférence clinique de M. Legrand du Saule à la Salpêtrière

Etat mental des apoplectiques.

Le nouvel amphithéâtre de la Salpêtrière ne chôme pas. D'abord M. Charcot, puis M. Voisin, en ce moment M. Legrand du Saule, après viendra M. Luys.

M. Legrand du Saule, le savant médecin légiste, dont les nombreuses publications sont bien connues, a entrepris une série de conférences sur les sujets les plus importants et les plus fréquents de la médecine légale, ceux que le praticien est souvent exposé à rencontrer et qu'il doit plus particulièrement connaître.

Après un hommage rendu à ses prédécesseurs, à Falret père, et surtout à Baillarger, dont il a recueilli et rédigé les leçons, il y a vingt-cinq ans, et auquel il est resté très-attaché, M. Legrand du Saule expose qu'après treize ans, à Bicêtre, il a passé à la Salpêtrière par voie d'ancienneté et qu'après avoir été utile aux élèves par son enseignement écrit, il veut aussi l'être par l'enseignement parlé; il fera rouler ses leçons sur les particularités des maladies mentales que ses collègues M. Luys et M. Voisin ne traitent pas dans leurs cours. Laissant de côté tout programme classique, il fera passer sous les yeux de ses auditeurs des types très-définis, utiles à connaître pour la pratique où l'on a souvent un avis à émettre vis-à-vis des familles, de l'administration et de la justice, avis qui entraîne souvent une grande responsabilité. Que de fois le médecin n'a-t-il pas regretté, dans ces cas, de n'avoir pas étudié davantage ce côté de la médecine. Les pouvoirs publics sont en général très-exigeants vis-à-vis des médecins. Le public ne l'est pas moins, lui qui s'imagine facilement que si le médecin est faible sur un point, il l'est également sur tout ce qui concerne sa profession. Aussi sans être universel, le médecin doit-il avoir une teinture de beaucoup de choses parce que, dans la pratique, on lui demande souvent son avis sur des sujets plus ou moins étrangers à son art mais y ayant rapport par leurs conséquences.

Comme première étape dans cette promenade clinique médico-légale, il a choisi parmi les choses peu connues, insuffisamment étudiées et cependant très-communes, l'état mental des apoplectiques.

Ces malades sont nombreux, chaque jour on en voit se promener dans les rues, dans les jardins publics, chaque jour on en arrête, à Paris surtout, en voie de commettre des actes délictueux ou criminels. Ces malades sont-ils intelligents, diminués ou déments, et les actes qu'on leur reproche leur sont-ils imputables? Ces deux points ne sont pas sans importance à cause des nombreuses questions subsidiaires qu'ils entraînent.

« On croit volontiers, dans le monde, à la prédisposition apoplectique et il n'est pas rare de rencontrer des gens qui redoutant les malencontreux effets de leur constitution pléthorique, s'astreignent à une prophylaxie sévère dans le but d'éloigner de plus en plus une échéance morbide qui fait le tourment de leur vie. » Ils suivent un régime particulier, ne mangent pas de viande le soir, évitent que leurs appartements soient trop chauffés, gardent leur chapeau à la main dans la rue, en un mot ils s'entourent de petites formalités puériles qui sont autant de véritables conceptions hypochondriaques. Mais cette constitution apoplectique existe-t-elle? On peut dire que « rien dans la complexion et le tempérament d'un individu ne justifie, quoi qu'en ait dit Morgagni, cette tendance spéciale : aucun signe extérieur aux sens ne l'indique. Que l'on recouve aux observations si justes de Corvisart, et l'on verra que les hommes qui passent aux yeux de tous pour être fatalement voués à l'apoplexie sont atteints de préférence d'affections du cœur ou des gros vaisseaux. Fodéré a même cru remarquer que les *individus à constitution apoplectique* échappaient précisément à l'afflux sanguin du côté de l'encéphale. Sans nous porter garant de cette dernière opinion nous dirons qu'on se rend compte tous les jours, par le fait possible d'une hémorrhagie cérébrale, de morts subites amenées par une lésion cardiaque non soupçonnée. Lorsque l'autopsie peut être faite, ce diagnostic posthume est fréquemment porté. »

De quelle manière la congestion cérébrale, l'apoplexie retentissent-elles sur l'entendement humain? Celui-ci est généralement conservé, le fait d'hémorrhagie cérébrale ne rend pas dément. Il est bien démontré qu'un seul hémisphère cérébral suffit à l'exercice des fonctions intellectuelles. « Beaucoup d'apoplectiques paralysés d'un côté du corps et même ayant un grand embarras de la parole, conservent l'intelligence à peu près intacte, surtout après une première attaque. Dans les procès en interdiction et dans les affaires criminelles, il importe donc beaucoup d'examiner directement les apoplectiques, pour apprécier le degré de trouble de leur intelligence et de ne pas conclure fatalement de l'existence de l'hémorrhagie cérébrale, ou même de l'hémiplégie persistante, à l'absence de raison et de liberté morale. » Un chef de clinique du professeur Rostan, quoique frappé d'hémorrhagie, a pu rester pendant vingt à vingt-cinq ans très-intelligent et un grand écrivain de la presse médicale. Des magistrats conservent leurs fonctions, et on ne s'aperçoit guère de leur état, surtout s'ils sont

hémiplégiques à gauche et s'ils n'ont encore subi qu'une attaque.

L'apoplexie n'entraîne donc pas nécessairement la démence. « Les attaques de congestion légère, qui ne durent que très-peu de temps, qui, au moment même effleurent à peine l'intelligence et les mouvements, mais dont les traces augmentent peu à peu d'intensité les jours suivants, sont bien plus graves au point de vue de la ruine de l'intelligence, que les attaques très-fortes, accompagnées et suivies de grands accidents musculaires, d'hémiplégie complète et même d'embarras prononcé de la parole. Ces petites attaques congestives sont le plus souvent un début de ramollissement cérébral ; et l'on sait que le ramollissement du cerveau s'accompagne bien plus fréquemment de troubles intellectuels graves que l'hémorrhagie cérébrale proprement dite. » Trousseau disait que le public nous interroge toujours sur le pronostic; il est même exigeant sur ce point. Il s'inquiète moins du diagnostic parce qu'il a la prétention de le poser lui-même. Il faut donc une grande réserve, mais en même temps il y a des notions utiles à connaître. Si on se trouve en face d'une hémiplégie très-franche avec grande lésion du mouvement, mais sans embarras de la parole, l'intelligence sera à peu près intacte. Si au contraire, il y a peu d'accident du côté des membres, mais embarras de la parole, on a affaire à un dément, sinon présent ou du moins futur, bien que l'entourage, peu effrayé, fasse remarquer que le malade se tient debout et qu'il traîne encore la jambe.

Au reste, pour bien apprécier l'état mental des apoplectiques, il faut établir une classification et admettre quatre degrés différents de perturbation dans leur entendement.

Premier degré. « Il est des apoplectiques (et ils sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement) qui, malgré une hémiplégie caractérisée, ne présentent presque aucune altération appréciable dans leurs facultés mentales. Sans doute, ils ont presque toujours un peu baissé intellectuellement; leur caractère surtout est modifié et leur volonté ordinairement affaiblie; ils sont devenus plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables; mais ces divers changements dans leurs facultés existent à un degré si peu prononcé, qu'il faut une grande habitude de l'observation pour s'en apercevoir Pour juger ces différences il faut surtout comparer ces individus à ce qu'ils étaient avant l'attaque; il faut de plus vivre constamment avec eux. Ces nuances de degrés sont inappréciables pour le public. » Mais si le médecin sait bien confesser la femme de ces malades, il lui sera facile d'obtenir ces nuances. Il n'y a aucune mesure à prendre à l'égard d'un tel malade.

Deuxième degré. « Il comprend les apoplectiques dont l'intelligence a reçu une atteinte plus forte. Ils sont plus sensibles et plus impressionnables que par le passé. Ils versent des larmes pour les motifs les plus futiles, ils s'émotionnent et s'irritent avec une extrême facilité; ils ont moins d'activité dans l'intelligence; ils répètent constamment et à tout venant les mêmes histoires et ils ne sortent plus d'un cercle rétréci d'idées. Leur mémoire surtout est affaiblie, et principalement la mémoire des mots, des noms propres, des substantifs. Ils emploient souvent le mot *chose* pour remplacer celui qui leur manque; ils prononcent un mot à la place d'un autre, s'irritent quand ils ne trouvent pas celui qu'ils cherchent, et se réjouissent quand on le leur fournit, ce qui prouve bien qu'ils avaient l'idée et que le mot seul leur avait échappé. Leur volonté est encore plus affaiblie que leur intelligence, et soit par crainte, soit parce qu'ils manquent d'énergie, de volonté et de décision, ils cessent de gouverner ceux qui les entourent et se laissent dominer eux-mêmes, tout en s'irritant à chaque instant contre ceux qui veulent les diriger.

Ce degré de faiblesse intellectuelle est fréquent chez les apoplectiques, mais il est encore compatible avec la conservation d'un grand nombre d'idées justes, avec la persistance de ce qu'on doit appeler la raison, et ne mérite ni le nom de folie, ni même celui de démence vraie. »

Cependant il y a dans cet état des circonstances difficiles, quand, par exemple, de grandes décisions doivent être prises sur la fortune. On peut entrer par cette brèche et faire consentir à l'apoplectique tout ce qu'on veut en obtenir. Généralement le médecin n'a pas à intervenir : cet homme n'est pas malade, dit-on, il va à ses affaires, à son bureau, à son atelier ; et on le fait pourtant consentir à beaucoup de choses qu'il n'aurait certainement pas faites avant son attaque.

Troisième degré. Arrivés à ce degré très-fréquent, les apoplectiques ont déjà eu une deuxième et même une troisième attaque. Ce sont presque des aliénés. Ils sont devenus plus sensibles, plus pleurnicheurs ; ils geignent, se lamentent, ont peur de tout, s'imaginent qu'on veut leur faire du mal, les voler, les tuer. Ils répètent souvent « Que je suis malheureux ! » ils se désespèrent, redisent à chaque instant qu'ils sont perdus, volés, ruinés. Leur mémoire est très-affaiblie, ils méconnaissent les personnes et les choses, ne se rappellent plus le jour de la semaine, ni l'endroit où ils se trouvent. Ils dorment peu et ont un délire confus de persécution. On les voit se traîner péniblement dans les jardins publics, les squares, avec ou sans famille, ou conduits par un domestique. Mais généralement quand ils sont arrivés à ce troisième degré on les place dans les établissements publics ou privés, parce qu'alors il est assez difficile de les veiller d'une façon utile. C'est du reste là le seul moyen à prendre à leur égard, tandis que ceux du premier et du second degré continuent à rester dans le monde ou dans leur famille.

4e degré. « Ce degré est celui de la démence complète et absolue. Il est souvent consécutif à plusieurs attaques apoplectiques, surtout quand elles ont eu lieu successivement dans les deux côtés du cerveau. Dans ces cas, que l'on observe si fréquemment à Bicêtre, à Charenton, à la Salpêtrière, il y a presque nullité de l'intelligence. Les malades ne comprennent guère les paroles qui leur sont adressées et ne peuvent y répondre, c'est à peine s'ils prononcent encore quelques mots ou quelques phrases qu'ils répètent comme machinalement. Ces phénomènes de démence apoplectique sont souvent confondus avec la démence de la paralysie générale. Ils en diffèrent cependant pro-

fondément, non-seulement par les lésions anatomiques, mais par les caractères des périodes antérieures, par l'ensemble des symptômes actuels, et par la marche ultérieure de la maladie. »

Quel que soit l'affaiblissement intellectuel chez les apoplectiques de ces quatre variétés, il y a une aptitude parfaitement conservée, c'est l'aptitude au jeu. Ces malades suivent parfaitement une partie de cartes, de dominos, d'échecs, comprennent les coups, les combinent et les discutent, alors qu'ils peuvent à peine pousser les pions d'un jeu de dames. Cette aptitude se constate très-souvent et le fait a été noté dernièrement dans une thèse très-remarquable sur l'aphasie. Elle est conservée alors même que la mémoire n'existe plus et que l'intelligence est souvent en défaut.

Nota. Les parties de cette clinique comprises entre deux guillemets (« »), ont été prises directement dans le livre (1) si remarquable que M. Legrand du Saule a publié dernièrement et dont il a été rendu compte dans le numéro 9, du *Concours Médical*.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AIGUË

(Suite.)

Le *processus* anatomique de la pneumonie lobaire, fibrineuse, croupale, présente ces trois stades établis par Laënnec et divisés en *période d'engouement*, *période d'hépatisation et période de résolution*. La première dure, en général, de vingt-quatre à quarante-huit heures, la seconde, après une durée de trois à cinq jours fait place à la troisième. Nous ne décrirons pas ces lésions, il nous suffit d'en avoir rappelé la marche.

L'*état fébrile* de la pneumonie aiguë présente un type rémittent très-marqué. La fièvre est *continue*. Plus *pyrétique* que la pleurésie, par exemple, la pneumonie l'est moins que la fièvre typhoïde.

La température (dans le rectum) est comprise en général entre 39,8 et 40,4 centig. — La durée de l'état fébrile est courte, et dans le type régulier que nous avons en vue ici, il se produit au bout de quelques jours une défervescence plus ou moins critique, qui commence d'habitude la nuit, au moment de la rémission matinale, très-rarement au milieu du jour. En quelques heures la température tombe à la normale et au-dessous.

(1) Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. Un vol. in-8. Librairie A. Delahaye.

C'est dans la grande majorité des cas, vers le cinquième et le sixième jour, que la défervescence a lieu.

Le troisième élément d'une pneumonie aiguë, c'est l'*évolution*. La maladie débute brusquement, les symptômes vont en s'aggravant pendant plusieurs jours, traduisant le processus anatomique et les modifications de l'état général ; puis, entre le sixième et le neuvième jour, la face des choses change brusquement. La fièvre tombe. Cette défervescence s'accompagne de phénomènes de *crise :* herpès labial, sueurs, épistaxis, diarrhée, urines abondantes et albumineuses.

Quelquefois la défervescence se produit spontanément *avant le cinquième jour*. Ce sont ces pneumonies que M. Charcot a désignées sous le nom de *pneumonies abortives*.

Nous avons dit que M. Charcot avait décrit des *pneumonies abortives*, évoluant si rapidement que la résolution se faisait d'une façon subite au cinquième jour. Or, il est permis de se demander quel aurait été le résultat d'un traitement dans ces cas? Supposons la défervescence se produisant et voilà un cas de plus à l'actif d'une statistique. Les pneumonies abortives ont été observées par M. Charcot, et le nombre des observations n'en est pas grand. Il est permis de dire que là encore c'est à l'expectation que l'on doit de les connaître.

On trouvera peut-être que la part faite à la doctrine de l'expectation est bien grande, nous répondrons avec M. Hanot : cette déclaration ne tranche pas la question de savoir si les médications prônées contre la pneumonie, tout incapables qu'elles soient de modifier notablement l'évolution ordinaire, ne peuvent pas du moins la *maintenir dans son cycle régulier*, et *prévenir*, au moins dans beaucoup de cas, *les complications ultérieures*.

Tels sont les trois éléments constitutifs de la maladie. Ils nous conduisent à cette conclusion thérapeutique : la guérison d'une pneumonie se fait naturellement et l'abstention doit être la règle et le devoir du médecin.

Remarquons que c'est l'expectation qui a rendu ce grand et inestimable service et a permis d'étudier la marche de la maladie ; d'en apprécier l'évolution cyclique et régulière, et, à l'abri de toute spoliation thérapeutique, on a pu voir une maladie éclater brusquement et spontanément, se dissiper non moins brusquement et non moins spontanément, et l'organisme se relever avec rapidité comme d'une atteinte relativement superficielle et rapide.

Contre cette régularité d'allure que viendrait donc faire une thérapeutique active ; sinon troubler et fausser le développement correct de

la maladie et jeter celle-ci hors de la voie naturelle qui conduit à la guérison ?

II

L'évolution normale d'une pneumonie doit donc être respectée, mais exige de la part du médecin une observation journalière et attentive. L'évolution naturelle aboutit à la guérison ; mais le type peut s'altérer ; des incidents peuvent surgir. La maladie sortie de sa voie régulière, l'idéal serait alors de l'y faire rentrer. C'est là que le médecin doit metre en œuvre toutes les ressources de son intelligence, les problèmes se posent, le champ d'action lui appartient ; la guérison est, peut-être, entre ses mains.

Il faut donc lorsque le moment d'agir se présente, analyser les symptômes qui se montrent et saisir l'indication.

C'est précisément pour ces motifs que le traitement de la pneumonie aiguë est un des problèmes le plus ardus, les plus complexes de la médecine pratique.

Il faut donc étudier les formes diverses de la pneumonie aiguë, il faut en dresser le bilan exact, dit M. Hanot.

M. Hanot range les formes de la *pneumonie aiguë primitive* dans quatre catégories d'après la prédominance et l'exagération de tel ou tel symptôme ; d'après la marche de la maladie ; d'après l'état antérieur du sujet où elle éclate. — Ce sont des sources d'indications qu'il est bon de rappeler. —

Indications fournies par l'exagération ou la prédominance des symptômes.

La *douleur de côté*. Le point de côté manque fort rarement dans le cours de la pneunomie. Pour quelques auteurs il est dû à la pleurésie plus ou moins intense qui l'accompagne presque toujours. Mais ce point de côté peut avoir encore comme origine soit une péricardite, soit une congestion hépatique.

Pour juger de la valeur de ce signe on se rappellera que, dans la pneumonie aiguë primitive, le point de côté est à son maximum le premier jour et qu'il va en diminuant jusqu'au troisième ou quatrième jour, époque où il a complètement disparu.

La *Dyspnée* a des degrés variables; de quatorze ou quinze inspirations par minute, elle atteint quarante inspirations ; les narines dilatées témoignent de la violence de cette dyspnée. Celle-ci va parfois jusqu'à l'orthopnée la plus émouvante. Elle peut avoir plusieurs origines. La dyspnée est due soit à l'étendue du foyer inflammatoire, soit à la congestion collatérale, soit à la présence de moules fibrineux dans les bronches ; ou encore à des congestions sanguines extra-cardiaqnes, à de la pleurésie, à l'état fébrile, à la susceptibilité spéciale du sujet. . . .

Voilà des indications différentes qui réclament une détermination aussi prompte que possible.

Hyperthermie. — Le maximum thermométrique est nous l'avons dit de 40,5, et cela pendant plusieurs jours. Au-dessus de cette température la pneumonie offre un caractère de gravité exceptionnel. L'élévation de la température au-dessus de ce maximum est un des signes de la pneumonie à forme typhoïde, elle s'accompagne généralement d'autres symptômes graves. Cependant pendant plusieurs jours elle peut être l'unique déviation à la forme correcte. » Est-il besoin d'insister ici sur les dangers des hautes températures? Faut-il rappeler les profondes modifications du sang, du système nerveux, du parenchyme hépatique, des reins, du muscle cardiaque dont elles sont la cause immédiate ?

Délire. — Le délire survenant dans le cours d'une pneumonie aiguë a pour cause, soit une dérogation au type normal relevant de l'élévation de la température, par exemple ; soit une manifestation de la pneumonie typhoïde; soit enfin une manifestation de l'alcoolisme.

Enfin le délire peut être dû encore à une méningite cérébrale ou cérébro-spinale concomitante. Faisons remarquer que le délire, chez l'alcoolique atteint de pneumonie, n'est pas en rapport avec l'élévation de la température, il y a, au contraire, discordance de ces deux éléments.

Il faudra donc avoir présent à l'esprit ces diverses causes du délire avant d'instituer un traitement basé sur cette indication.

Ictère. — L'ictère se rencontre souvent dans la pneumonie à des degrés divers. D'après Grisolle, la proportion est de 7 0/0. Chwostek a trouvé jusqu'à 21 0/0, et Birmer 28 0/0 (Hanot).

Mais cet ictère revêt parfois un tel aspect qu'il imprime à la maladie un cachet tout spécial et ainsi on a pu décrire une pneumonie bilieuse dont les indications doivent être saisies par le médecin.

Etat typhoïde. — On est appelé auprès d'un malade qui présente tous les signes d'une pneumonie, mais la température est plus élevée que d'ordinaire ; la rate a augmentée de volume ; il y a de l'albumine dans les urines ; parfois des épistaxis et de la diarrhée. Ou bien le malade est en proie à un délire violent avec soubresaut des tendons et quelquefois à une raideur tétanique des membres; ou bien la prostration, l'ady-

namie domine la scène.

Ce sont là deux formes de la pneumonie dite typhoïde, et il se pourrait parfois que l'observateur peu attentif se méprît sur la véritable valeur des symptômes. Dans le premier cas c'est la *forme ataxique*; dans le second cas, c'est la *forme adynamique*.

Or, c'est dans ces formes qu'il serait intéressant de savoir si la théorie des miasmes ne trouverait pas son application. Il y aurait peut-être là une source d'indications à rechercher.

Plus haut nous disions que la pneumonie aiguë avait un début très-rapide, qu'elle avait une terminaison brusque et presque instantanée et que la spoliation organique paraissait peu en rapport avec le trouble apparent, nous pourrions dire effrayant des fonctions circulatoires et respiratoires. Mais dans ces formes typhoïdes, il n'en est plus ainsi et, dans un ouvrage récent de M. le Dr Quinquaud, nous lisons ceci : « Ces variétés de phlgemasies pulmonaires se distinguent des pneumonies franches par la lésion hématique. Tandis que dans ces dernières, l'hémoglobine reste toujours au-dessus de 98 gr. 95, le pouvoir oxydant au-dessus de 199 centimètres cubes pour 1000 gr. de sang, les matériaux solides du sérum au-dessus de 80 grammes pour 1000 grammes de sérum; dans les premières, au contraire, les lésions sont bien accentuées : le sang dénote des altérations multiples, toujours les mêmes ; l'hémoglobine descend à 75 grammes et souvent à 72 et même 70 grammes, parfois 67,20 ; le pouvoir respiratoire arrive à 154 centimètres cubes, 139 à 130 centimètres cubes, les matériaux solides décroissent et se chiffrent par 75 grammes pour 1000 grammes. »

En présence de ces faits il est inutile d'insister. Une pneumonie franche, régulière, normale peut être abandonnée à elle-même, mais des symptômes aussi graves nécessitent une thérapeutique appropriée.

(*A suivre*) Dr P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LETTRE A PROPOS DES ASSURANCES-VIE

A. M. le Dr G. à V. (Hérault), membre participant.

Mon cher confrère,

Nous ne pouvons mieux commenter le projet *d'assurances sur la vie* soumis à la discussion des *membres du Concours médical* que par notre réponse à votre lettre du 7 avril, antérieure à la publication du projet *in extenso*.

« *Le système que vous avez indiqué dans le n° du 27 mars, me paraît appelé, disiez-vous, à réunir tous les suffrages. Il me tarde de contracter une assurance, j'ai trente-quatre ans, une femme et deux garçons dont je suis l'unique soutien. Les produits de la médecine sont mes seuls revenus. Je voudrais assurer aux miens, un avenir convenable, lorsque je ne serai plus là.*

A l'âge où je suis (trente-quatre ans), en payant une prime annuelle de 800 fr., quelle somme, en cas de vie, pourrais-je toucher, à cinquante-quatre ans et, en cas de mort dans l'intervalle, que recevraient mes ayants-droit?

Voici notre réponse :

Si vous adoptez le système du tableau n. 1, vous assurez aux vôtres, en cas de mort, 32,000 francs; vous avez à payer une prime viagère de 802,36.

D'après le système du tableau n. 2, capital assuré 25,000 francs ; prime à payer pendant 20 ans 806.10.

D'après le système du tableau n. 3, capital assuré 16,000 francs ; prime à payer pendant 20 ans, 791.34.

Dans les trois cas, vous aurez donc protégé votre famille de 32,000, 25 ou 16,000 francs.

Si vous adoptez l'accumulation des bénéfices, vous toucherez, dans 20 ans :

1. Tableau n. 1 20,000.
2. — n. 2 20,000.

Et dans ces deux cas, l'assurance restera en vigueur, c'est-à-dire qu'à votre décès votre famille recevra dans le 1er cas, 32,000 francs, dans le 2me 25,000 fr.

3. D'après le tableau n. 3, vous toucherez *vous-même*, à 54 ans, capital 16,000 francs; bénéfices, environ 17,800 francs; soit : *trente-trois mille huit cent francs*.

Si, dans les deux premiers cas, vous vouliez cesser votre assurance, vous toucheriez :

Tableau n. 1 29,098.
— n. 2 32,200.

Dans les trois cas, si, à la fin de vos 20 années d'accumulation, vous voulez laisser la totalité de la valeur de votre police, pour l'échanger contre une police, libérée de tout versement ultérieur, payable à votre décès seulement, et sans participation aux bénéfices, cette police sera :

Dans le 1er cas de 59.600.
2me 67.100.
3me 72.450.

Si au contraire, vous vouliez faire l'échange de la valeur totale de votre police, contre une rente viagère, vous auriez à l'âge de 54 ans :

Dans le 1er cas, 855.36 de rente viagère.
2me 1215.30 — —
3me 1993.48 — —

Vous auriez versé en tout, dans vos vingt ans :

1er cas 20 primes 16.047
2me — 16,130
3me — 15.836

Nous sommes à votre disposition pour les renseignements ultérieurs et vous prions, comme tous nos confrères, de discuter cette question si grave avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Dr A. C.

Nous ferons connaître, dans un prochain numéro, la constitution et le fonctionnement de la CAISSE DE PRÉVOYANCE *des assurés du Concours Médical, à laquelle vous auriez le droit de recourir, si, par circonstance, vous étiez momentanément empêché de pouvoir payer votre prime.*

DES ASSURANCES SUR LA VIE DEVANT L'ASSOCIATION GÉNÉRALE

M. Brun donne lecture du rapport suivant :

Messiours,

La question de création d'une Compagnie d'assurances sur la vie entre médecins a été fort agitée depuis quelque temps, à la suite d'articles publiés sur ce sujet dans un journal de médecine de Paris.

Quelques Sociétés locales s'en sont occupées, sans pouvoir arriver à une même solution, et tandis que les Sociétés d'Alger et de Vitry-le-François adhéraient en principe au projet mis en avant par la *Tribune médicale*, la Société de la Gironde le déclarait complétement impraticable.

Le Conseil général qui jusqu'à présent n'a pas été saisi de la question, n'a pas négligé cependant de la soumettre à son examen, et il est arrivé à cette conclusion :

Que s'il n'avait rien à dire pour le moment de projets qui ne lui ont pas été soumis, il pouvait, dès aujourd'hui, manifester la ferme détermination de ne se prêter à aucun projet devant entraîner la modification de nos statuts et le recours au Conseil d'Etat, comme aussi il se verrait dans l'impossibilité d'accorder son concours à tout projet qui engagerait les finances de l'Association hors de la voie qui lui est imposée par le décret de 1852 et par nos statuts particuliers.

Le Conseil général tient essentiellement au développement de la Caisse des pensions viagères de l'Association, et ne saurait admettre aucune combinaison qui pourrait nuire à son mouvement de progression.

Mais nous n'en sommes pas là, et, pour aujourd'hui, le Conseil a tout simplement à répondro à un vœu formulé l'an dernier dans cet e enceinte par l'honorable délégué de la Société de la Gironde.

M. Lande a demandé que, pour favoriser le principe d'assurances sur la vie et pour encourager les membres de l'Association à contracter des assurances, soit près les Caisses de l'Etat, soit près les Compagnies particulières, tout sociétaire, momentanément empêché de verser sa prime annuelle, puisse recourir à la Caisse générale de l'Association ou à la Caisse de sa Société, pour en obtenir l'avance d'une prime annuelle qu'il rembourserait plus tard.

Le Conseil général, après en avoir délibéré, estime que, dans aucun cas, la Caisse générale de l'Association ne saurait être appelée à intervenir dans cette circonstance.

Le Conseil général, d'après nos statuts, ne peut avoir de rapports qu'avec les Sociétés locales, en tant que Sociétés; il les subventionne au besoin, mais il n'a jamais à traiter directement avec les membres des Sociétés locales et ne peut leur venir en aide.

Le Conseil général, d'ailleurs, placé trop loin de ceux qui pourraient le solliciter, ne les connaissant pas, ne pourrait apprécier les motifs d'une demande qui lui serait faite, juger de la possibilité de rentrer dans ses avances et discuter les conditions de remboursement.

Mais ce que l'Association générale ne peut faire, une Société locale peut se le permettre; c'est une forme de secours qui n'est pas en opposition avec nos statuts et règlements.

Le Conseil général ne saurait pousser les Sociétés locales dans cette voie, qui n'est pas sans avoir ses inconvénients; mais il reconnaît simplement qu'elles peuvent y entrer dans une mesure proportionnée aux ressources qu'elles possèdent, et avec la prudence qu'il faut mettre dans des prêts qui, s'ils ne sont pas remboursés, ne sauraient donner lieu à des poursuites judiciaires contre ceux à qui ils ont été consentis.

En conséquence, le Conseil général propose à l'Assemblée générale la réslution suivante :

RÉSOLUTION

Les Sociétés locales sont autorisées à faire l'avance d'une prime annuelle à tout sociétaire empêché momentanément de faire son versement aux Caisses de l'Etat ou des Compagnies particulières avec lesquelles il a contracté une assurance sur la vie.

Me Guerrier : Je partage l'avis de M. Brun; en outre, je crois qu'il y aurait un grand danger pour les Sociétés locales de prêter aux sociétaires; on peut donner des secours à un sociétaire et non lui faire un prêt. Aussi je propose, en m'appuyant sur les statuts, de rejeter la résolution proposée.

M. Lunier appuie la proposition de Me Guerrier.

M. Lande : En spécifiant que le prêt était destiné à payer l'assurance, j'avais l'intention d'engager l'assuré envers la Société. Du reste, aujourd'hui, les Compagnies d'assurances viennent au devant de nous? elles s'engagent même à donner des délais pour payer la prime d'annuité; elles iraient jusqu'à trois ans.

M. Durand-Fardel : Je crois qu'il faut encourager l'assurance sur la vie. Je ne veux pas aujourd'hui discuter tous les points que soulève cette question. En prenant la parole, mon intention est seulement de dire que je ne saurais accepter la critique émise par M. Lande, relativement au taux peu élevé de la pension de 300 fr. Ce taux est destiné à être élevé tous les ans, ainsi que nous le constatons à chaque assemblée. Il faut savoir attendre, et je ne doute pas que, dans quelques années, nous arriverons au taux uniforme de 600 fr.

M. Benoit : Mon projet, rejeté il y a deux ans, était, je crois, supérieur à celui émis par plusieurs de nos collègues.

M. Seux : Je crois qu'il serait préférable que cette question fut mise à l'étude des Sociétés. On pourrait alors le discuter en Assemblée générale.

M. Lallement : Existe-t-il des priviléges pour les médecins? Qu'on nous les fasse connaître, et alors nous pourrons discuter la question Jusque-là, j'appuie l'opinion du rapport.

M. le Président : A la demande de plusieurs membres je mets aux voix l'ordre du jour.

L'ordre du jour est adopté à l'unanimité.

L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE

(suite).

Maintenant, la médecine peut-elle être organisée? Nous croyons fermement que rien ne s'y oppose, d'autant mieux que les médecins, dans les conditions où nous les mettons, au lieu d'être des rivaux hostiles, ne demeureront que de dignes émules, ayant tout intérêt à s'entr'aider, sujets aux passions humaines sans doute, mais à l'abri désormais de cette odieuse envie, nouvelle robe de Nessus dont on semble heureux de les revêtir.

Enfin notre organisation ne sera bonne et durable et vite acceptée, si elle ne commence par laisser au client et au médecin sa liberté pleine et entière; j'entends que les engagements pris de part et d'autre, le soient avec toute connaissance de cause, et que le contrat passé soit rigoureusement exécuté, si bien, que si l'un manque à son engagement, l'autre ait le droit de se retirer aussitôt.

Dans toute sa simplicité, le projet que je propose est l'abonnement, non pas vis-à-vis du médecin, mais d'une compagnie qui représentera partout le médecin. La compagnie prendra les enga-

gements, les médecins seront les exécuteurs de ses ordres : des agents médicaux.

Cet abonnement n'a rien de nouveau dans le fonds; il existe déjà depuis longtemps, mais malheureusement, partout et toujours, on n'a cherché que l'exploitation de l'individu (le médecin) par la masse ou l'autorité qui représente encore la masse.

Le médecin, dans ces abonnements, est d'ailleurs, trop directement mis en cause.

C'est l'Etat, un ministre, un préfet, qui veulent faire des dons gratuits en leur nom personnel, qui en recueillent les fruits, et qui s'adressent, à l'honneur, à la probité, au désintéressement des médecins pour remplir *des fonctions de haute confiance*.

C'est l'abonnement d'un plus ou moins grand nombre de particuliers qui, sous le fallacieux prétexte de donner une somme ronde pour des soins qui n'ont aucune limite, en abusent et se livrent à une exploitation en coupe réglée.

Dans tous les cas, le médecin est directement engagé et se trouve l'humble serviteur de ses clients. Ce n'est pas cet engagement qu'il lui faut; c'est un engagement vis-à-vis d'un tiers, d'une compagnie dont au reste il est un des membres. Une compagnie qui choisit ses agents dans son propre sein et les rétribue elle-même. Si l'agent remplit bien ses engagements on le conserve et on le récompense selon ses mérites et ses services. Si l'agent n'est pas satisfait de la compagnie il se retire.

La compagnie s'engage en outre vis-à-vis de ses clients, pendant que ceux-ci s'engagent vis-à-vis d'elle, c'est-à-dire que, moyennant une somme de... versée dans des conditions déterminées, ces abonnés auront droit à...

Nous voici arrivé à l'exposition de la question.

Il y a des compagnies d'assurance contre l'incendie, contre la grêle, les sinistres maritimes; il y en a sur la vie des hommes.. etc., etc...

Pourquoi ne fonderait-on pas entre médecins une compagnie qui aurait pour but :

La santé de l'homme dans tout ce qu'elle comporte, c'est-à-dire : les soins à donner aux blessés, aux malades, et même aux bien portants, ce qui constituerait l'hygiène privée, qui s'étendant sur des masses, deviendrait vite hygiène publique.

Rien à imaginer. Il n'y a qu'à se conformer à ce qui se fait ailleurs. Il y aurait même une immense simplification, puisque les fonds ne proviendraient que d'une seule source, l'abonnement; elle n'aurait donc à pourvoir qu'aux besoins de ses clients et aux siens propres. Il serait établi que ses agissements concourraient, avant tout, aux soins à donner aux clients ou abonnés. A ce point de vue, on le comprend, le médecin devra jouer un rôle capital, et la compagnie devra mettre tous ses soins à le choisir parmi les meilleurs, et, elle arrivera facilement à son but en lui offrant une rémunération convenable, qui, à juste titre alors, pourra être décorée du nom d'honoraires.

Il faut admettre que, de prime-saut, tous les médecins de France ne seraient point englobés dans la compagnie, eh bien ! la compagnie n'imposerait pas ses médecins, elle laisserait l'abonné conserver ou choisir celui qu'il désire, elle le traiterait comme agent provisoire, et plus tard, peu à peu, les médecins agents s'imposeraient d'eux-mêmes par leur savoir, leur expérience et leur zèle.

Le médecin agent aurait un nombre déterminé de clients ou abonnés.

En pareil cas, il est facile d'admettre qu'il aura tout intérêt à avoir le moins de malades possible, à guérir promptement et simplement, à abréger la convalescence, et à mettre, en usant des nombreux moyens qui sont à sa disposition, les personnes dont la santé lui serait confiée, dans les conditions hygiéniques les plus favorables.

C'est ainsi que le médecin pourrait réellement être jugé sur ses œuvres. A l'inverse de ce qui se passe aujourd'hui, sera réputé le meilleur, celui qui aura constamment le plus de succès, c'est-à-dire le moins de morts, le moins d'opérés, de mutilés et le moins de malades.

Les médecins devenus agents de la compagnie, ne seraient plus accumulés, massés dans tel ou tel lieu, sans discernement, sans utilité; ils seraient distribués selon les besoins : dans les chefs-lieux de départements, d'arrondissements; dans les cantons et les communes, de façon à se partager tous à peu près le même labeur.

Ils auraient des registres où seraient inscrits les noms de leurs abonnés, disposés de façon à pouvoir recevoir toutes les observations utiles: Début de la maladie, traitement, résultat, etc. C'est la base d'une statistique rigoureuse et facile. Un desideratum jusqu'à présent.

Il y aurait tous les jours, à une heure déterminée, à l'endroit le plus central des communes, ou du canton (domicile du médecin autant que possible) une visite, dans une salle, dite de consultation, où se rendraient les indisposés, les malades qui peuvent sortir et marcher.

Il y aurait visite à domicile pour ceux qui ne peuvent quitter la maison, et des visites facultatives, amicales, qui mettraient le médecin en rapports presque journaliers avec ses clients.

Les médecins ne devraient aux malades qu'une visite par vingt-quatre heures, mais ils pourraient les voir, comme il vient d'être dit, aussi souvent qu'ils le jugeraient nécessaire, à la condition pourtant de ne pas sacrifier l'intérêt particulier à l'intérêt général.

Pas une détermination grave ne serait prise sans réunion et consultation préalables des médecins-agents les plus rapprochés, ou du personnel composant un des conseils de salubrité : Conseil communal, cantonal, d'arrondissement ou de chef-lieu de préfecture.

Avec un nombre suffisant d'abonnés, la compagnie ne pourrait guère être prise au dépourvu par les maladies épidémiques ou contagieuses. Si une maladie venait à envahir un quartier, une ville, une contrée, il serait toujours facile d'y faire venir des médecins des localités indemnes.

Bien mieux, dans cette organisation, les médecins civils deviendront, dans les guerres où il y a tant de blessés et tant de malades, les auxiliaires des médecins militaires qui, dans ce cas, sont toujours insuffisants en nombre.

Que l'on soit dans la dure nécessité d'appeler

les réserves, les médecins pourront parfaitement être déplacés s'il ne s'en trouve pas assez sur les lieux pour suivre leurs abonnés et leur porter secours, et ils seront d'autant plus utiles que la compagnie, comme nous allons le voir, aura nombre de refuges pour recevoir les ayants-droit, et pourra au besoin en établir d'autres instantanément, plus ou moins temporaires.

Des cartes seront distribuées aux abonnés. Ces cartes, remises aux médecins, représenteraient les visites faites.

Chaque médecin de la compagnie, après un certain nombre d'années d'exercice, aurait droit à une retraite.

Il n'y aurait pas de hiérarchie proprement dite, mais les jeunes médecins ne seraient pas d'emblée livrés à eux-mêmes, sans soutien. Ils débuteraient sous les yeux d'un praticien à titre d'adjoints, et, après un stage convenable, ils seraient placés comme médecins-chefs, desservant telle ou telle localité. On apprendrait ainsi à voir les malades, à les interroger, à les connaître; on apprendrait aussi à manier les médicaments, à les employer utilement, toutes choses bien difficiles pour les docteurs frais émoulus, bourrés d'un savoir qui demande à se faire jour au plus tôt et qui s'arrête net faute d'une issue bien aménagée.

Sur les fonds de la compagnie, provenant des abonnements, seraient prélevés en temps opportun les honoraires de tous les employés, ainsi que les sommes nécessaires à constituer les retraites : le salaire des pharmaciens, des sages-femmes, des garde-malades, etc., etc.

Puis viendront les réserves destinées à la construction des salles de consultation, des salles d'autopsie, des laboratoires de physique, de chimie, histoire naturelle; d'un arsenal de médecine et de chirurgie; des bibliothèques; de salles de malades, petites, isolées, bien situées: salles pour accouchements, nécessaires en certains temps; salles pour les maladies contagieuses: variole, choléra... salles de convalescence, etc.

Dans chaque commune, ou plutôt dans chaque cercle de commune, il y aurait un dépôt de médicaments usuels; une voiture et un brancard pour apporter les malades à leur domicile ou dans les refuges; soit qu'on ait affaire à des indigents trop mal logés chez eux ou à des maladies qui nécessitent l'isolement.

Les fonds seraient uniquement fournis par les abonnements et par les dons ou donations qui ne nous manqueraient, peut-être, pas plus, espérons-le, qu'aux couvents, aux hôpitaux, aux académies ou même à certaines sociétés particulières, la Société de géographie, par exemple.

Les divers dons qui seraient faits auraient rigoureusement, une fois acceptés, la destination indiquée par le donateur, ou une destination absolument philantropique, délibérée et arrêtée par les conseils d'administration.

Pour avoir mes coudées franches, je suppose les abonnements à cinquante francs par an et par personne ou ménage de deux personnes, mari et femme, augmentés d'une somme de.... par l'adjonction d'un nouveau membre.

Avec les sommes énormes que dépensent chaque année, presque sans fruit, l'Etat, les départements, les particuliers, pour venir en aide aux nécessiteux (notamment au point de vue de l'assistance médicale), hospices, hôpitaux, bureaux de charité, vaccinations, etc.; il serait facile de constituer, pour les assistés de toute façon, des abonnements avec la compagnie, qui, au grand profit de tout le monde, donnerait à ces abonnés tous les soins nécessaires : soins médicaux, soins physiques et moraux même, car au nom de l'hygiène on peut hardiment entrer dans les coutumes intimes de l'homme.

On pourrait certainement donner des conseils de travail, d'ordre et d'économie; on pourrait apprendre aux plus réfractaires à pratiquer un jour de repos réel. Je n'appelle pas jour de repos, le dimanche d'aujourd'hui, ce dimanche qui est précédé des débauches du samedi soir, continuées jusqu'au mardi matin. Trois jours où l'on dépense plus d'argent, et où l'on perd plus de santé, plus de vie, que pendant cinq grands jours de travail.

Les abonnements seraient donc une assurance contre les maladies, pour me servir de l'expression consacrée, mais à bien plus juste titre, car l'assurance contre l'incendie, contre les sinistres maritimes, contre la grêle, sur la vie... ne tendent ni à empêcher, ni même à retarder la mort, les naufrages, les incendies, tandis que notre compagnie aurait tout intérêt, et ce serait son but, à guérir, à amoindrir et à prévenir les maladies et conséquemment à prolonger l'existence.

Du fait de l'abonnement sont frappés et tombent pour ne plus se relever, tous les gens pris du vertige de faire de la médecine : les pharmaciens, les sœurs, les *mégeilleurs*, les *rebouteurs*, les *conjureurs*, tous les ignorants, les charlatans. Tombent aussi les spécialités pharmaceutiques autres que celles qui sont nées viables, les réclames de la quatrième page des journaux.

Tombent encore ces immondes lois, faites par la lâcheté des hommes revenus à la santé, qui dans leur teneur ne tenant aucun compte des périls, du dévouement, du courage, de l'abnégation, veulent toujours considérer le médecin en voie de captation.

Les abonnements seraient payés six mois d'avance, et la Compagnie serait tenue de rembourser la différence si l'abonné venait à décéder.

Pour donner une idée de la puissance de l'abonnement, nous le supposons à 50 francs par an et par âme, comme on dit.

1,000 abonnements donnent 50,000 francs, un million d'abonnements... cinquante millions!

. . . .

Cinquante francs par an pour un abonnement vis-à-vis d'hommes qui s'engagent à soigner des maux à venir, éventuels, problématiques, paraissent une somme un peu bien grosse, surtout pour ceux qui n'ont rien.

Et pourtant, quels sont ceux qui, ne demandant rien à personne, ne dépensent pas 50 francs et plus pour un luxe absolument inutile et souvent nuisible ?

Et ceux qui n'ont rien, qui vivent des autres, qui leur demandent tout, n'en font guère moins.

Cinquante francs par an représentent une faible somme pour ceux qui travaillent et qui gagnent,

rien pour ceux à qui l'on donne tout.

Que d'abonnements n'a-t-on pas déjà et souvent beaucoup plus chers : abonnement à la coiffure, abonnement chez le barbier, chez la blanchisseuse, aux bains, au cercle, au spectacle, chez le maréchal-ferrant, chez le vétérinaire, etc., etc.

Que l'on examine le coût de ces abonnements et qu'on les compare à celui des 50 francs que je propose presque comme fantastique?

Même élevé à ce taux, l'abonnement des indigents serait aussi facile à fournir que celui de ceux qui possèdent, et ils auraient les mêmes droits, des droits plus grands encore, puisque c'est à leur profit qu'on userait de tout ce dont on pouvait disposer gratuitement.

La question de l'abonnement se résumerait donc dans un chiffre.

Je viens de montrer en quelques mots la puissance de l'abonnement à 50 francs, il est aussi facile de voir ce que l'on peut obtenir avec un abonnement moindre.

Avec 10 francs par mois on peut donner tous les soins médicaux, mais il ne faut pas songer à autre chose tant que les dons n'auront pas élargi la voie de la Compagnie.

En tout cas, je crois d'ores et déjà pouvoir établir que le projet que je viens d'exposer, résoud non-seulement le problème de l'assistance médicale publique, mais aussi celui du traitement à domicile de presque tous les malades ; il résoud le problème de la dissémination, de la confination des malades, et par là peut-être, de la disparition des maladies infectieuses et contagieuses ; le problème de l'éducation et de l'amélioration sociale, par la santé physique et morale.

Le problème de l'assainissement des grands centres, en les soustrayant au contact des malades, et, même en intervenant par l'hygiène dans les constructions particulières et publiques ;

Enfin, elle agrandit le corps médical en tout point en lui donnant des occupations incessantes et régulières, mais n'ayant rien d'exagéré, lui permettant de joindre une saine théorie à une pratique éclairée. Nul n'ignore qu'à cette heure le médecin consume ses meilleures forces à courir en tout temps, en tout lieu, en toute saison, ou moisit inoccupé dans une attente stérile au fond d'un cabinet désert.

La Compagnie pourrait prendre la dénomination de :

Compagnie générale la Santé publique.

Elle se composerait de : Grand conseil général de salubrité siégeant à Paris, formé par le directeur général de France, président ; de l'administrateur, du censeur, des secrétaires généraux et les médecins les plus renommés appelés ; d'un trésorier payeur général, d'un avocat, d'un avoué, d'un ingénieur.

Conseil général départemental composé de.....

Conseil d'arrondissement composé de......

Conseil de canton composé de.....

Conseil des communes (cercles des communes).

Chaque conseil aurait un agent spécial chargé du recouvrement des abonnements et de la solde des agents de la Compagnie quels qu'ils soient.

Baugé, le 25 mars 1880.

Dr Ridreau, *Officier de la légion d'honneur.*

TRAVAUX ORIGINAUX

DU CANCER DE LA MAMELLE CHEZ LA FEMME.

Toutes les femmes qui ont un cancer de la mamelle, le tiennent-elles toujours fatalement, par droit de naissance de leurs ascendants plus ou moins éloignés, ou bien, quelques-unes n'ont-elles pas fait tout ce qu'il faut pour contracter la maladie. Telle est la question que je me suis adressée, après avoir observé et suivi pendant plusieurs années la marche et le développement d'une maladie similaire chez un de nos animaux domestiques.

Je me doute fort que pour plusieurs de vos lecteurs, mes recherches seront non-seulement sans valeur, mais même impertinentes, à cause de la dissemblance des individus malades.

Sur ce chapitre, je laisse à chacun la liberté de conclure comme bon lui semblera ; mais je me tromperais beaucoup, si les médecins naturalistes ne prennent pas en grande considération ce que je vais dire.

Il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, le propriétaire d'une jolie levrette de taille moyenne, lui avait enlevé régulièrement, le jour du part, tous les petits qu'elle faisait. A l'époque dont je parle, il consentit à faire une exception et conserva pour un jeune homme de ma connaissance une petite chienne qui fut nourrie par la mère pendant deux mois environ.

Cette levrette fut, comme sa mère et sa grand'mère, condamnée à voir ses petits sacrifiés le jour même de leur naissance, et, comme pour sa mère, on se départit de cette rigueur en faveur d'un de ses petits, c'était aussi une ch[illegible] s, s. celui à qui on la donna, quand [illegible] neuf ou dix ans, lui conserva un de ses petits ; mais je sais que jusqu'à cet âge, ils furent tous noyés, immédiatement après leur naissance.

La première de ces levrettes que j'ai connues, est morte comme sa mère, d'un cancer de la mamelle, il ne faut pas oublier que, comme sa mère, elle n'avait élevé qu'un seul de ses petits ; tous les autres avaient été sacrifiés le jour de leur naissance. La seconde, celle qui fut donnée au jeune homme dont j'ai parlé, et la troisième de la série qui provoqua mes recherches, moururent de la même façon : enfin la *fille* de cette dernière qu'on soumit au même tourment, finit de la même manière. Quand je dis que ces animaux sont morts, c'est une façon de parler, la vérité est que pour abréger leurs souffrances on a été obligé de les abattre.

Voilà donc quatre levrettes chez lesquelles la fonction de reproduction ne se fait qu'en partie. La seconde qui est la lactation physiologiquement liée à la première, est brutalement empêchée, et à la suite de cet empêchement renouvelé à chaque part, ont voit les mamelles devenir cancéreuses. J'a tiré de là une conclusion qui me semble des plus légitimes. C'est que ces animaux sont devenus cancéreux, parce qu'elles n'ont pas allaité leurs petits.

Ce fut pour moi, un éclair de lumière. Avant de conclure par analogie, et d'affirmer que le cancer de la mamelle chez certaines femmes est la conséquence de ce fait : qu'au lieu d'allaiter leurs enfants elles les font nourrir par une étrangère, je voulus étudier directement la question. Les difficultés que j'ai éprouvées, auprès des quelques malades que j'ai soignées, en trop petit nombre pour en dégager un fait scientifique, m'ont fait renoncer à toutes recherches.

Depuis sept ou huit ans j'avais perdu de vue cette ébauche de travail, quand j'ai rencontré, il y a peu de jours, une jolie chienne de chasse qui a un cancer de la mamelle ; information prise : cette chienne, quelque soin qu'on ait pris pour l'empêcher d'être fécondée, a été couverte cinq fois. Après chaque portée, ses petits lui étaient tous enlevés le premier jour. Ce fait m'a remis en mémoire mes premières observations, et je me suis dit : « Ce que tu n'as pu faire, d'autres le pourront peut-être. »

Voilà, pour les jeunes confrères, un nouveau champ d'études et de recherches, on peut formuler ainsi la question :

Une femme qui s'obstine à ne jamais allaiter ses enfants, s'expose-t-elle à avoir un cancer de la mamelle ? faire ces recherches chez les femmes des grandes villes qui ont eu plusieurs enfants et n'en ont nourri aucun.

Dr GRANDCLÉMENT (d'Orgelet).

Clermont-Ferrand, le 7 avril 1880.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES PHLEGMONS DE LA MARGE DE L'ANUS

Extrait d'une leçon clinique de M. le prof. Verneuil.

La marge de l'anus est, vous en avez pu déjà voir un certain nombre d'exemples, fréquemment le siège d'inflammations de nature diverse. Si, dans le phlegmon aigu, franchement aigu de cette région, il faut sans retard intervenir et ouvrir largement la collection purulente, il n'en est plus de même pour les abcès froids, les abcès scrofuleux ou tuberculeux; il faut hésiter, il faut attendre, et autant que possible ne pas y toucher. Attend-on, au contraire, trop longtemps dans un cas de phlegmon un peu étendu de cette région, on s'expose à la formation rapide de fistules interminables. Si tous les chirurgiens, ou à peu près tous, sont d'avis d'intervenir promptement dans ces cas, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de déterminer la manière d'ouvrir ces abcès, et c'est là que l'accord cesse. Toutefois l'incision est ordinairement faite suivant la direction d'un rayon ayant l'anus pour centre, son étendue est variable, et elle s'arrête plus ou moins près de l'orifice anal, mais presque tous les chirurgiens respectent les sphincters.

Autrefois on mettait une mèche, aujourd'hui on passe souvent un drain et on fait des injections désinfectantes, et malgré tout, au bout de deux ou trois mois, on constate l'existence d'une fistule. Je sais bien que, dans un grand nombre de cas, une large incision suffit et que la guérison s'effectue assez rapidement, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Aussi qu'arrive-t-il lorsqu'on se borne à faire une simple incision cutanée en respectant les sphincters? C'est qu'après avoir fait une première incision qui devait assurer la guérison, on est obligé d'intervenir de nouveau et de faire tardivement ce qui, en quelques semaines au plus, eut assuré du coup la guérison.

Voici, Messieurs, comment je me comporte dans ces cas. Lorsque je constate l'existence d'un phlegmon volumineux, je l'ouvre très largement et je pratique l'opération comme s'il existait déjà une fistule. Je cherche d'abord à reconnaître les limites du phlegmon, je cherche par le toucher rectal jusqu'où il remonte en refoulant la paroi rectale; puis avec le thermo-cautère je plonge perpendiculairement dans le foyer et, par cet orifice, j'introduis une forte sonde cannelée. Le doigt introduit dans l'anus recherche la limite supérieure du décollement et guide le bec de la sonde. Je perfore ensuite la cloison rectale, si peu étendu que soit le décollement; je ne pénètre jamais dans le rectum à une distance moindre de 3 centimètres de l'orifice anal; je débride alors la peau, le conduit anal, et une étendue plus ou moins grande de la paroi rectale suivant les cas. Pour cela faire, je me sers soit du thermo-cautère soit de l'écraseur linéaire, mais toujours d'un instrument hémostatique pour éviter d'ouvrir dans ce foyer septique le moindre vaisseau et de provoquer la moindre hémorrhagie. Jusqu'alors, Messieurs, cette pratique m'a donné des résultats avantageux et jusqu'à nouvel ordre je continuerai à agir ainsi chaque fois que l'occasion s'en présentera.

(*Journal des Connaissances médicales*).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Potion Calmante dans la Grippe. — Le docteur Larmande recommande l'usage du chloral dans la grippe. Ce médicament lui a paru fort précieux dans les circonstances suivantes :

Dans la grippe, les malades sont parfois tourmentés de grandes douleurs de tête avec irradiations le long de la colonne cervicale, et même jusque dans le dos. En même temps il y a une insomnie fatigante. Quand ces accidents cérébro-spinaux prédominent, il s'est surtout très-bien trouvé de l'emploi du chloral à dose modérée.

Hydrate de chloral.	1 gramme 50.
Sirop de codéine.	30 grammes.
Inf. de tilleul.	100 grammes.

Prendre un tiers de la potion tout d'abord et le reste par cuillerée à bouche toutes les heures.

Dès le lendemain, les phénomènes se sont amendés et le malade a dormi. On continue pendant trois ou quatre jours cette même dose.

(Journal de médecine et de chirurgie pratiques.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

—

Chimie pathologique : Recherches d'hématologie clinique, les altérations du sang dans les maladies, nouveau procédé de dosage de l'hémoglobine, pouvoir oxydant du sang. — Matériaux solides du sérum, par le Dr Quinquaud, médecin des hôpitaux. (1)

Tel est le titre analytique d'un ouvrage qui vient de faire entrer la clinique et surtout l'anatomie pathologique sur le vivant, dans une voie tout à fait scientifique et par là même vraiment féconde. Il y a quelques années, M. P. Schutzemberger, professeur au Collège de France a fait connaître un procédé de dosage de l'oxygène à l'aide de liqueurs titrées contenant de l'hydrosulfite de soude, composé nouveau qui possède un pouvoir réducteur considérable. En lui faisant subir certaines modifications, M. Quinquaud a pu appliquer ce procédé au dosage de l'oxygène du sang. Comme il a démontré expérimentalement que les volumes *maxima* d'oxygène absorbable par l'unité de volume d'un sang donné sont proportionnels à la dose d'hémoglobine que ce sang renferme, il devient facile de doser en même temps cette substance. D'un autre côté, la balance donne facilement le poids des matériaux solides du sérum. On possède ainsi trois données expérimentales importantes: 1° le chiffre de l'hémoglobine qui, à l'état physiologique, est de 125 grammes chez l'homme, de 120 chez la femme pour 1000 grammes de sang; 2. le pouvoir oxydant qui est de 246 centimètres cubes d'oxygène chez l'homme, de 232 chez la femme; 3. enfin les substances solides du sérum qui sont au-dessus de 90 grammes pour 1000 grammes de sérum.

Mais à l'état pathologique, ces chiffres subissent des variations importantes dont le sens varie avec la nature et l'intensité de la maladie. Il en découle donc un nouvel élément de diagnostic d'autant moins à négliger que, dans certains cas difficiles ou obscurs, les affections vicérales, par exemple, il permet d'établir avec sûreté un diagnostic différentiel. Les médecins ne sont pas encore à même de profiter immédiatement de cette nouvelle méthode scientifique, mais ne faut-il pas souhaiter qu'elle s'introduise promptement dans la pratique de notre art qui possèdera ainsi un nouveau et puissant moyen de contrôler scientifiquement les données fournies par l'examen clinique. Le sang joue, en effet, un rôle trop important dans l'économie pour qu'on ne tienne pas un compte très-sérieux des résultats que fournit l'étude de ses variations à l'état normal et pathologique.

Dr A. B.

(1) Un vol. in-8. Librairie A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine, prix 6 fr.

CHRONIQUE

—

Clinique ophthalmologique à Bordeaux. — « Nous apprenons que M. le Dr Georges Martin (de Cognac), ancien chef de clinique du professeur L. de Wecker, vient se fixer dans notre ville où il prend la direction du cabinet d'oculistique de notre regretté confrères le Dr Guépin. »

Prix de la Société de Chirurgie. — La Société de chirurgie a mis au concours pour les prix Gerdy et Demarquay les questions suivantes :

1° *Prix Gerdy* : De la réunion par première intention; histoire et doctrines ;

2° *Prix Demarquay* : Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.

Les mémoires doivent être remis avant le 1er novembre 1881.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr C., 207 (Somme), 6 avril.

« Je vous adresserai une étude sur l'organisation des sociétés médicales locales et leurs syndicats. Celle dont je fais partie est très-active. Je suis moi-même chef d'un des groupes, composé de huit confrères. »

On peut parler fructueusement des choses dont on a la pratique; le travail promis sera le bienvenu.

— Dr M., à B. (Ain), 7 avril.

Nous n'avons pas commis une erreur. La vôtre tient à ce que le numéro 19, paginé régulièrement dans le corps du journal, porte par erreur d'impression le numéro 18, au lieu du 19, sur la page d'annonces, cette confusion s'est déjà produite plusieurs fois et cette réponse préviendra de nouvelles erreurs.

— Dr G., à C. (Puy-de-Dôme), 7 avril.

L'article sera inséré.

— Dr B., à F. (Ariège), 7 avril.

« Je recevais deux exemplaires depuis trois semaines. J'en ai disposé en faveur d'un confrère. Je vous avise de ce double emploi. »

Nous vous remercions et de l'avis et de l'emploi des doubles. Nous ferons l'envoi selon votre désir.

— Dr P.-A., à B. (Haute-Loire).

Nous comptons sur la suite, à votre loisir. Nous vous sommes obligés de la précieuse adhésion que vous nous avez procurée. Vous pourriez sans doute obtenir également la collaboration bénévole de votre confrère, que nous inscrivons participant.

— Dr M., à C., 9 avril.

Votre note sera insérée.

— Dr C., 252 (Allier), 9 avril.

Fait l'abonnement à dater du 15, envoyé les formules aux noms indiqués, excepté le Dr C., qui était déjà des nôtres.

— Dr L., à C. (Meurthe-et-Moselle), 11 avril.

Nous vous laissons juge de la situation. Nous inscrirons le confrère au titre qu'il vous conviendra.

— Dr L., 588 (Gironde).

Vous pouvez envoyer. Nous verrons bien, à la lecture, ce qui est possible.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 17 — 24 avril 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'académie de médecine, unc courte discussion a eu lieu entre MM. Delpech et Jules Guérin, sur l'allaitement artificiel. On voit quc les idées nouvelles commencent à se fairc jour et nous constatons que messieurs les académiciens admettent qu'il vaut mieux étudier scientifiquement la question que de faire de belles tirades à la Jean-Jacques. Ce n'est pas avec des phrases qu'on changera nos mœurs, et les médecins, s'ils le veulent, n'ont nul besoin de l'aide de la littérature, fût-ce celle de Jean-Jacques, pour convaincre les mères qu'elles doivent nourrir leurs enfants, et que l'allaitement mercenaire est le plus souvent une calamité. Je crois que lcs travaux de Brochard, de Bertillon et autres ont plus fait à cet égard que n'importe quel roman sentimental.

ECOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de laryngoscopie et de laryngologie du Dr *Cadier.*

ANGINE DES TUBERCULEUX OU PHTHISIE LARYNGÉE

Cette maladie réclame de notre part une étude toute particulière, tant à cause de son extrême fréquence qu'en raison des résultats thérapeutiques qu'il est possible d'obtenir par une médication appliquée avec méthode et persévérance.

L'anatomie pathologique de la tuberculose, dans ses localisations sur les différents organes, a été très-étudiée depuis quelques années, je n'ai point ici à entrer dans le détail des controversés auxquelles les différentes opinions émises ont donné naissance. Qu'il me suffise de vous citer les travaux remarquables de MM. Lépine, Grancher et Thaon, etc., ce sujet rentre dans le domaine de la pathologie générale et a fait l'objet de nos études antérieures.

La phthisie laryngée peut survenir avant toute manifestation de tuberculisation pulmonaire ou se montrer lorsque déjà le malade est atteint de phthisie pulmonaire.

L'examen laryngoscopique ne nous fait apercevoir aucune différence entre les lésions constatées dans ces deux variétés d'évolution, nous n'en ferons donc pas une étude séparée.

La distinction clinique de ces deux variétés d'évolution a cependant une importance capitale au point de vue de la rapidité de la marche et du pronostic de la maladie, aussi y consacrerons-nous un chapitre spécial lorsque nous étudierons la marche et le pronostic de la phthisie laryngée.

En parcourant l'histoire clinique d'un malade atteint de phthisie laryngée, on peut constater un enchaînement de lésions de plus en plus graves survenant d'une manière continue et sans ligne de démarcation accentuée. Pour la facilité de l'étude, et sous la réserve de cet enchaînement clinique des symptômes, il nous sera cependant possible de diviser l'évolution de la phthisie laryngée en trois périodes :

1o Période catarrhale ou épithéliale ;
2o Période ulcérative;
3o Période nécrosique.

Comme caractéristique de chacune de ces périodes, nous avons choisi le nom de la lésion prédominante de chacune des phases de la maladie.

1. Période catarrhale ou épithéliale.

Il est un symptôme sur lequel les auteurs n'ont pas suffisamment insisté et qui se montre dès le début de la période catarrhale pour s'accentuer de plus en plus jusqu'aux dernières périodes de la maladie : c'est la décoloration générale et la teinte terreuse de la muqueuse bucco-pharyngée. Cette décoloration, qui a pour cause l'anémie, compagne inséparable de la phthisie, est très-caractéristique et permet d'apprécier facilement les moindres changements de coloration provoquées par le développement ultérieur des lésions.

Deux autres symptômes ne tardent pas à se

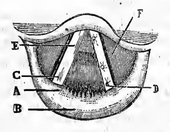
montrer : la rougeur avec léger épaisissement de la muqueuse, et l'aspect velvetique de la commissure postérieure.

La rougeur peut se montrer sur toutes les parties du larynx, mais elle a pour siége de prédilection et de début les cordes vocales inférieures. Cette rougeur est rarement généralisée à toute la surface des cordes vocales, elle est le plus souvent localisée par plaques qui se montrent d'abord sur le bord libre des cordes vocales. Cette rougeur est plus prononcée près de leur extrémité postérieure, c'est là un fait caractéristique et qui peut être quelquefois d'une grande valeur pour le diagnostic. L'aspect de cette rougeur peut se présenter sous plusieurs formes différentes, tantôt ce sont des stries parallèles à la longueur des cordes vocales, d'autrefois de véritables coups de pinceau et le plus souvent ce sont des arborisations vasculaires présentant leur centre au niveau des glandes du bord libre des cordes vocales. Cette rougeur s'accompagne d'une infiltration cellulaire qui produit un léger épaississement des cordes vocales, mais ce symptôme est beaucoup moins marqué à la période catarrhale de la phthisie laryngée, que dans l'angine catarrhale chronique simple.

Lorsque, à une période plus avancée de l'affection, cette rougeur a disparu, elle est remplacée par une teinte particulière des cordes vocales qui ont perdu leur aspect brillant et nacré ; elles paraissent ternes, un peu épaissies et inégales, ou on constate à leur surface une sorte de dépolissement qui est dû à la chute de l'épithélium.

Après les cordes vocales, c'est la commissure postérieure qui est le siége le plus fréquent de la rougeur, et comme, sur ce point, le tissu cellulaire sous-muqueux est moins serré que sur les cordes vocales, la rougeur s'accompagne ordinairement d'un gonflement et d'un léger œdème inflammatoire. La commissure postérieure devient alors le siége d'un symptôme nouveau et particulier à cette région c'est *l'aspect velvetique*.

La figure ci-contre vous permettra de voir dans leur ensemble ces différentes lésions, et vous rendra mieux compte de l'aspect tout particulier sous lequel se présente l'aspect velvetique à l'examen laryngoscopique.



A. Aspect velvetique de la commissure postérieure.
B. Œdème léger des éminences aryténoïdes.
C. Rougeur en coup de pinceau de la partie postérieure des cordes vocales.
D. Glandules hypertrophiées près du bord libre des cordes vocales.
E. Rougeur localisée à la partie antérieure des cordes vocales près de la commissure antérieure.
F. Œdème des bandes ventriculaires ou cordes vocales supérieures, moins serré que sur les cordes vocales, la rougeur s'accompagne ordinairement d'un gonflement et d'un léger œdème inflammatoire. La commissure postérieure devient alors le siége d'un symptôme nouveau et particulier à cette région, c'est l'aspect velvetique.

On donne le nom *d'aspect velvetique* à de petites saillies très-rapprochées, sortes de villosités blanchâtres comparables à du velours d'Utrecht à gros grains, d'où le nom de velvetique. Pour apprécier plus facilement cet aspect, il faut regarder la commissure au moment où le malade, après avoir émis un son, écarte légèrement les cordes vocales pour pouvoir respirer. Le moment où il est le plus facilement appréciable correspond au demi-écartement des cordes vocales. La constatation de cet aspect velvetique a été considérée pendant plusieurs années comme un signe pathognomonique de la phthisie laryngée, mais de nouvelles observations sont venues démontrer que si ce symptôme se rencontre le plus ordinairement dans la phthisie laryngée, il peut également se présenter dans d'autres variétés de laryngites, et lorsque nous étudierons l'angine arthritique nous pourrons également y constater la présence de cet aspect particulier de la commissure postérieure.

Quelle est la nature de ces villosités? Sont-ce les papilles du derme qui s'hypertrophient, ou bien encore sont-elles dues à un gonflement des glandules de cette région avec hypersécrétion de la glande et oblitération de leur orifice, ou bien encore sont-elles dues à la présence de granulations tuberculeuses? Il y a là un desideratum que l'anatomie pathologique, difficile à faire à cette période, n'a pas encore rempli. Je crois cependant que si chacune de ces trois hypothèses entre pour sa part dans la formation de l'aspect velvetique, les deux dernières en sont les causes les plus ordinaires dans la phthisie laryngée. Cette étiologie de l'aspect velvetique de la tuberculose me permet d'expliquer comment le grain est plus fin dans cette affection que dans l'angine arthritique, dans laquelle il serait le plus souvent occasionné par l'hypertrophie des papilles et le gonflement plus considérable de la muqueuse, dont le plissement serait alors plus marqué pendant le demi-écartement des cordes vocales.

Ce caractère différentiel, qui, malheureusement, est quelquefois difficile à apprécier, permettrait alors d'ajouter à la précision du diagnostic, car l'aspect velvetique à grain très-fin deviendrait le caractéristique de la phthisie laryngée.

Ces symptômes de la première période se généralisent peu à peu aux éminences aryténoïdes et à la face postérieure de l'épiglotte, et en même temps ils s'accentuent de plus en plus, l'exfoliation épithéliale gagne en profondeur et nous voyons survenir les lésions de la seconde période.

2° Période ulcéreuse. — En même temps, et comme conséquence des ulcérations de la seconde période, nous voyons apparaitre deux nouveaux symptômes : la suppuration et un œdème beaucoup plus considérable.

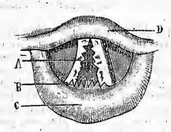
Le siége de prédilection des ulcérations de l'angine des tuberculeux est sur les cordes vocales, et surtout sur leur bord libre.

Lorsque la maladie est abandonnée à son évolution naturelle, ces ulcérations du bord libre y pe

sistent pendant que les lésions envahissent les autres parties du larynx, de sorte que toute ulcération, isolée d'une autre région que les cordes vocales, doit éloigner l'idée de tuberculose.

Les ulcérations sont d'abord superficielles et limitées exactement à la partie des cordes vocales qui est tapissée par de l'épithélium pavimenteux; peu à peu, elles gagnent en profondeur et en surface, elles sont alors entourées le plus ordinairement d'un bord un peu saillant, ce qui tend à les faire paraître plus profondes et produit l'aspect d'ulcérations à bords taillés à pic. Sur la partie de l'autre corde vocale qui est symétrique à cette première ulcération, il se forme une lésion correspondante due sans nul doute à l'inoculation directe, mais alors l'évolution est différente, et l'on ne constate plus, comme à la première corde malade, une ulcération entre deux bords saillants, mais, au contraire, une partie centrale bourgeonnante située entre deux ulcérations. Ce double phénomène en sens contraire perme alors aux deux cordes vocales de pouvoir set rapprocher malgré la présence de ces végétations. Les différentes phases de ce travail ulcératif se reproduisent par l'évolution ultérieure de la maladie sur une partie plus ou moins considérable du bord libre des cordes vocales, et l'on peut ainsi assister à la formation de ce que l'on a nommé à juste raison *aspect erratique*, ou en dent de scie, et on voit alors les deux cordes vocales s'emboîter réciproquement comme les deux roues d'un engrenage.

La figure suivante vous montre l'aspect du larynx à cette seconde période.



A. Aspect serratique des cordes vocales.
B. Aspect velvetique de la commissure postérieure.
C. Œdème des éminences aryténoïdes.
D. Œdème de l'épiglotte.

Cet emboîtement des cordes vocales présente un grand avantage au point de vue de l'émission des sons; et ce bourgeonnement, qui vient combler les vides produits par les ulcérations, est assurément un moyen de défense physiologique de l'organisme contre la perte de l'organe le plus important de la vie de relation.

Nous pouvons voir journellement, en effet, des malades atteints de nombreuses ulcérations de phthisie laryngée continuer à parler, sinon avec toute la pureté désirable, du moins avec beaucoup plus de facilité que ne pourrait le faire supposer l'état de leurs cordes vocales. Sans cet emboîtement réciproque, il se produirait, à la place de l'ulcération, un vide qui, permettant la déperdition de l'air, rendrait impossible l'émission de la parole.

Par suite des progrès de la maladie, les ulcérations envahissent peu à peu les autres parties du larynx, mais sans y présenter aucun caractère particulier qui mérite une étude spéciale.

La suppuration débute en même temps que les ulcérations dont elle est la conséquence, et cette suppuration augmente en raison de l'étendue plus ou moins considérable ou de la profondeur plus ou moins marquée de ces ulcérations. A l'examen laryngoscopique, on peut, dans certains cas graves, constater que le larynx est entièrement baigné par du pus qui masque alors complètement les ulcérations; lorsqu'il est moins abondant, le pus paraît surtout localisé sur les bandes ventriculaires, dans le voisinage des ventricules, et à la partie moyenne des éminences aryténoïdes.

Au gonflement léger, que nous avons signalé à la première période, succède un gonflement et un œdème de plus en plus prononcé. Cet œdème, qui reste toujours moins marqué aux cordes vocales en raison de l'adhérence de la muqueuse au tissu fibreux sous-jacent, peut acquérir des proportions considérables sur les points doublés par un tissu cellulaire très-lâche: les éminences aryténoïdes, les bandes ventriculaires et l'épiglotte. L'ouverture supérieure de la glotte se retient alors de plus en plus, elle prend alors l'aspect d'un phimosis ou d'un paraphimosis, et l'on peut, dans certains cas, constater, comme conséquence de cet état, des phénomènes de suffocation et d'asphyxie.

A cette période de la maladie, la voix est rarement éteinte, et seulement changée dans son timbre; mais la toux est souvent incessante et très-pénible, et lorsqu'il survient une ulcération de l'épiglotte, le malade éprouve souvent une dysphagie assez intense pour l'empêcher de prendre toute espèce de nourriture.

Au début de cette seconde période et même dès la fin de la première période, on constate dans certains cas une toux sèche, quinteuse, très-pénible qui est liée à de petites ulcérations, des élevures, qui constituent l'aspect velvétique de la commissure postérieure; plus tard, lorsque la période de suppuration est franchement établie, la toux devient moins sèche, et il y a expectoration de muco-pus.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULE
A LA SALPÊTRIÈRE

Etat mental des apoplectiques (1).
(Suite).

Comment considérer les apoplectiques au point de vue médico-légal? Que faire? quelle appréciation porter sur leurs actes? Ces malades commettent généralement peu de crimes, mais ils se rendent coupables de nombreux délits. Souvent ils sont en état d'érotisme; on les voit dans les squares et les jardins publics exhiber leurs organes génitaux, bien qu'ils nient plus tard le fait. Il ne faut pas toutefois les confondre avec les véritables exhibitionnistes qui appartiennent à une

(1) Voir le *Concours Médical*, nº 16.

autre catégorie. Ils courent encore après les petites filles dont ils relèvent les jupons et auxquelles ils donnent soit des bonbons, soit quelques sous. Ils poursuivent également les petits garçons sur lesquels ils se livrent à des attouchements défendus.

Les délits peuvent être plus minces et dans les nombreux procès-verbaux qui concernent les hémiplégiques, on relève souvent des cas de mendicité, de vagabondage. Le vol n'est pas non plus très-rare, mais en général, ces malades sont maladroits, ils ne savent ni s'insinuer, ni fuir; ils détachent un objet à l'étalage d'un bazar et l'emportent dans leur main, aussi ne font-ils pas la moindre résistance quand on les arrête.

En général, il est assez facile de convaincre l'administration et la justice qu'elles ont affaire à des hommes dont l'intelligence est diminuée. Mais si une condamnation intervient, le jugement est relativement sévère, en raison même de la vieillesse.

Voici un cas assez rare. Une servante de ferme de trente-sept ans, atteinte d'hémiplégie cérébrale et qui n'était ni hystérique, ni épileptique, devient enceinte; elle accouche la nuit, et le lendemain matin on trouve son enfant mort. Elle est traduite en cour d'assises sous l'inculpation d'infanticide. L'acquittement a eu lieu, parce qu'il a été facile de démontrer que, dans le fait, c'était un infanticide par omission, la servante n'étant pas en état de donner des soins à son enfant.

Il est donc bien important d'examiner le degré de responsabilité et de donner une réponse nette et assez catégorique, car la besogne des juges n'est pas facile et ils sont exposés à être ou trop indulgents ou trop sévères. Il faut donc établir une échelle de responsabilité. Pour plus de clarté nous allons reprendre les quatre degrés dont il a été question plus haut.

Comme au premier degré l'intelligence subsiste à peu près entière, la responsabilité existe aussi. Si cependant il est démontré que le malade est diminué, que sa volonté a beaucoup fléchi, la responsabilité sera mitigée, partielle et, pour ainsi dire, proportionnelle. Si l'atteinte est plus profonde, s'il y a inconscience, démence, alors il faut appliquer l'article 64 du code pénal.

Les actes civils méritent encore une étude plus approfondie.

Un homme est engagé dans une affaire commerciale, seul ou avec des associés. Il a une boutique, une maison de commerce, il agit par lui-même ou il est secondé par des commis, des associés. Voici qu'il devient apoplectique. Son intelligence baisse, ses associés, s'il en a, s'en aperçoivent bientôt et ils exploitent la situation en lui faisant contracter des marchés onéreux, risqués dont il aura toute la responsabilité. Le médecin ne peut guère intervenir dans ces cas-là, car il ne peut pas régenter les familles. Il ne tient pas non plus à se mêler de ces affaires, il veut éviter les appréciations désagréables, peu en harmonie avec son caractère et sa dignité professionnelle. Mais il peut arriver que la femme l'appelle et lui dise : Mon mari veut faire telle opération, conclure tel marché, peut-il le faire ? Or, il se trouve qu'il s'agit de choses tout à fait étrangères à la médecine, d'où l'on voit la nécessité d'être ou de devenir encyclopédique. On peut toujours répondre et demander pourquoi il le fait; commandite-t-il quelqu'un, donne-t-il de l'argent? Et l'on arrive souvent à cette conviction que, s'il n'était pas apoplectique, il ne l'aurait jamais fait. Il n'aurait point, par exemple, consenti des prêts inconsidérés, des déplacements de capitaux, ou ne se serait point prêté à des manœuvres dolosives.

Il se présente dans la pratique des questions bien plus épineuses. L'apoplectique est seul, il n'a pas d'enfants, il habite sa maison, celle qui lui vient de son père, il a, par exemple, déjà subi deux attaques. Son entourage ne tardera pas à lui persuader qu'il doit vendre, qu'il se présente de bonnes conditions dont il faut profiter; il est, en effet, plus facile de s'approprier une somme d'argent, surtout une liasse de billets de banque, que de mettre la main sur un immeuble.

Cet apoplectique devient ainsi un objet de convoitise. Les plus mauvais penchants, les plus mauvaises tendances s'exercent autour de lui. On lui proposera ensuite un mariage disproportionné et cet homme qui se voit seul, abandonné, a peur, il cède et subit ces influences pernicieuses; il épousera sa cuisinière, sa domestique qui peut-être a déjà eu pour lui de lâches complaisances, surtout s'il est sans famille, sans personne qui puisse mettre opposition. Le médecin au courant de cette situation, ne peut aller au parquet. Peut-être dans certain cas?... mais pas de délation et la discrétion professionnelle.... Il n'en est pas moins fâcheux que, dans quelques cas, il ne puisse pas prendre l'initiative e empêcher certains actes de s'accomplir.

Il n'y a pas bien longtemps qu'un apoplectique fut placé dans une maison de santé, du consentement de sa famille et par un acte très-régulier. Bientôt une ancienne maîtresse envoie une dénonciation au parquet qui fait mettre le malade en liberté. Celui-ci est conduit dans une petite maison à peu près impénétrable, située non loin des fortifications, d'où il ne sort plus que pour aller à la mairie et à l'église. Aussitôt la messe de mariage, il est pris d'une nouvelle attaque et il meurt quelque temps après : M. Luys et cinq ou six autres médecins sont intervenus pour empêcher ce mariage, mais on ne les a pas crus. A l'autopsie, MM. Lasègue et Bergeron ont trouvé des lésions anciennes. C'est ainsi qu'une famille a été frustrée d'une certaine portion de la fortune qui devait lui revenir.

Voici une autre situation encore plus délicate.

On dit à un apoplectique : Vous avez des biens, bois, domaine, maison, etc.; que faites-vous de tout cela. Placez le tout à fonds perdu et vous augmenterez considérablement votre revenu. Intervient alors un contrat de rente viagère, c'est-à-dire une conventiou aléatoire par laquelle l'un s'engage à payer à l'autre une redevance périodique moyennant l'abandon de ses biens. Il y a là un aléa énorme, car à côté de pensions viagères payées peu de temps, combien n'en a-t-on pas vu durer plus de cinquante ans. Si l'individu meurt dans les vingt jours qui suivent la signature de la convention, il est permis de l'attaquer, de la dis-

cuter et de la faire annuler si le contractant était déjà atteint de la maladie à laquelle il a succombé.

Voici en effet, que sous l'influence de l'excitation, du trouble apporté dans l'esprit de l'apoplectique par la conclusion d'un pareil marché, il succombe le dixième ou le seizième jour, à une attaque mortelle. Les héritiers naturels se présentent et disent qu'il était, au moment de la convention, atteint de la maladie à laquelle il a succombé. Voyons la solution juridique qui peut d'abord apparaître bien étonnante. Il y a quinze jours, quand il a stipulé, il était bien portant ou du moins il n'était pas atteint de l'attaque mortelle à laquelle il a succombé. Pour la justice, en effet, chaque attaque nouvelle constitue une nouvelle maladie.

Cette jurisprudence s'applique également à l'épileptique.

Du moment où il y a intermittence, la continuité est rompue; la loi n'ayant pas prévu la récidive. C'est là qu'est toute la question, les intermittences rompent la continuité. Il faut que les médecins se rangent à cette manière de voir.

Un épileptique, par exemple, peut rester dix ans sans attaque, grâce à l'efficacité du bromure de potassium qui a été si bien démontrée par les travaux de MM. Voisin et Legrand du Saule. Il y a dans leurs services des épileptiques qui ne tombent plus depuis un grand nombre d'années. On obtient des phases suspensives très-prolongées en revenant à l'emploi du médicament, sinon d'une façon continue, constante, du moins assez fréquemment. Et cependant ces malades sont encore épileptiques. La loi n'a pas prévu ces cas et le contrat est valable.

Les jurisconsultes disent avec raison : Le jour où l'on a acheté le bien d'un hémiplégique, on sait bien qu'on a affaire à un homme frappé, on sait parfaitement ce qu'on fait, on espère sa mort prochaine et on spécule sur cette éventualité. D'autre part, l'individu frappé a soin de dire : Je n'ai pas beaucoup de revenu, je veux un certain confortable, je suis malade, bien malade, et il le répète bien haut, car plus il le dit, plus il demande une forte rente. Le contrat n'est donc pas aussi immoral qu'il paraît. Acheteur et vendeur ont spéculé.

Autre question. Le médecin doit-il laisser interdire les apoplectiques? D'une manière générale, oui. Supposons, en effet, ce qui est fréquent, un malheureux apoplectique sans famille, livré à des domestiques. L'interdiction est alors une mesure conservatoire, excellente et c'est à tort qu'on la regarde alors comme une excommunication, une minorité. En somme, on protège l'apoplectique contre les embûches de ses domestiques et contre les influences étrangères. Il faut aussi un tuteur honorable et désigné par le tribunal.

Le conseil judiciaire peut-il être également appliqué? Le conseil judiciaire ne fait qu'administrer, il a les pouvoirs plus limités que le tuteur, il est tenu d'observer certaine mesure, il gère mais sans pouvoir mobiliser ou déplacer la fortune. L'apoplectique peut se marier, mais alors le conseil judiciaire peut s'y opposer par l'intermédiaire du procureur.

Que penser des testaments laissés par les apoplectiques? Tous, sauf ceux dont l'hérédité est réglée par la loi, nous devons nous désigner des successeurs, mais l'apoplectique peut-il faire un testament valable? On ne répond pas à cette question générale, mais il faut examiner chaque cas particulier, évoquer les souvenirs, les témoignages et faire un diagnostic posthume. On recherchera la somme d'intelligence que l'apoplectique avait conservée, s'il avait eu une ou plusieurs attaques, ayant intéressé ou non les deux hémisphères cérébraux. Au moyen de toutes ces données, il sera, en général, facile d'apprécier la somme d'intelligence que possédait l'apoplectique au moment de la rédaction de son testament et de conclure à la validité ou à l'annulation de cet acte. Il faut motiver ses conclusions aussi fortement que possible, car les magistrats n'ont pas la connaissance du cerveau et ils ne savent pas davantage les rapports qu'il y a entre cet organe et les fonctions intellectuelles; il faut bien le leur dire.

Pour ce qui concerne spécialement les testaments des apoplectiques, on trouvera tous les renseignements désirables ainsi qu'un grand nombre de rapports médicaux faits à cette occasion, dans un livre publié récemment par M. Legrand du Saule : *Etude médico-légale sur les traitements contestés pour cause de folie* (1).

TRAVAUX ORIGINAUX

ACCOUCHEMENTS.

Présentation de l'épaule; version impossible; extraction de l'enfant avec la main, selon le mécanisme de l'évolution spontanée.

Le 6 avril dernier, j'étais appelé par mon confrère et ami le Dr Hamaide, de Fumay, pour lui prêter assistance dans un accouchement laborieux; il s'agissait de pratiquer la version chez une femme âgée de quarante ans, enceinte pour la septième fois, bien portante, bien conformée et dont les six accouchements antérieurs avaient été très-faciles et assez rapides.

Cette femme, qui n'attendait son enfant que trois semaines plus tard, avait été prise de douleurs le 6, au matin : vers onze heures, la sage-femme, qui l'assistait et qui n'avait pas diagnostiqué de présentation, constata la perte des eaux et vit une main hors de la vulve. Elle fit appeler mon confrère qui arriva une heure après, introduisit la main dans l'utérus, jugea que l'enfant était de médiocre grosseur et tâcha de pratiquer la version, mais il lui fut impossible d'atteindre les pieds : il essaya à plusieurs reprises, jamais il ne peut dépasser le bassin du fœtus : car, plus haut, l'utérus était contracté et serré de façon à ne pas laisser passage au doigt.

Quand j'arrivai, deux heures après les dernières tentatives de version, je trouvai la femme reposée, calme, la figure bonne, le pouls à quatre-vingts.

(1) Un vol. in-8. Librairie A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 9 fr. Cet ouvrage a été analysé dans le nº 9 du *Concours Médical.*

Les douleurs avaient complètement cessé. Une main qui pendait hors de la vulve, la main droite, était froide, tuméfiée, violette. Du reste, pour mon confrère et pour moi, la mort de l'enfant était certaine.

Quant au ventre de la mère, il était en forme de gourde : ce qui avait déjà fait penser à mon confrère que, peut-être, il y avait grossesse gémellaire. La suite nous démontra que l'enfant était seul, et de plus, mort depuis longtemps.

A mon tour, j'introduisis la main droite dans la matrice, l'épaule de l'enfant était fort engagée ; on la sentait dans l'excavation, j'essayai, mais en vain, d'atteindre les pieds, en suivant le plan antérieur du fœtus. La contracture de l'utérus ne me permit pas plus qu'à mon confrère de pénétrer plus haut que le bassin de l'enfant.

Devant cette version impossible, il fallait prendre un parti et se décider évidemment pour l'embryotomie. Je voulus essayer encore une fois la version ; après l'introduction complète de la main, je sentis sous le doigt l'anneau ombilical, et je l'y engageai. L'idée m'était venue de tirer sur le fœtus par le milieu et de lui faire exécuter *l'évolution spontanée*.

L'enfant étant petit, la chose ne me paraissait pas impossible.

Je me cramponnai donc à l'ombilic et, j'eus un instant, l'espoir que l'enfant céderait à mes efforts. Pensant alors au procédé de Pamart, je fis préparer le crochet mousse de la branche gauche du forceps, dans l'intention de le faire pénétrer dans l'abdomen du fœtus, par l'anneau ombilical, de tirer sur la colonne vertébrale et de la ployer de façon à faire accomplir à l'enfant les divers mouvements de l'évolution spontanée.

Mais, trop fatigué, je dus me retirer et laisser reposer la femme qui avait perdu beaucoup de sang pendant ces manœuvre, et était très-faible et très-fatiguée. Mon confrère, craignant une issue funeste, fit part à la famille du danger que courait la malade et demanda un second confrère.

Nous vîmes ensemble la femme à huit heures du soir : elle avait eu quelques douleurs assez faibles et à de longs intervalles. Je voulus savoir si un changement s'était produit depuis notre départ. La main n'était plus à la vulve, le bras était un peu remonté : le fœtus, obéissant à l'impulsion que je lui avais donnée, avait une tendance à se mettre en travers et à se ployer par le milieu.

Décidé à essayer le procédé de Pamart, je cherchai de nouveau l'ombilic : mon doigt y entra facilement : je tirai énergiquement et je sentis que le fœtus cédait : je pus enfoncer la main davantage : j'avais une prise suffisante. Après quelques fortes tractions, je parvins à ployer le fœtus en double et, en deux minutes, il fut extrait. La délivrance se fit facilement, et sans hémorrhagie, grâce à l'ergot que j'avais fait administrer à la mère, pendant l'extraction du fœtus.

Ce dernier pesait environ 2 hectos et mesurait 40 centimètres : il était grêle, mince, macéré : l'épiderme s'enlevait par larges plaques, comme à la suite de l'application d'un vésicatoire.

En présence d'un cas semblable, l'accoucheur le plus expérimenté et le plus habile a lieu d'être très-embarrassé. Que peut-il, que doit-il faire, lorsque la version est devenue impossible ? « Si le fœtus est vivant, dit Cazeaux, si « l'état de la femme n'exige pas une prompte dé- « livrance, il faudra attendre et espérer l'évolution « spontanée : mais si la vie de la femme est gra- « vement compromise, bien que le fœtus soit en- « core vivant, il faudra pratiquer l'embryoto- « mie. »

Stoltz conseille, en pareil cas, de tirer sur le bras pour engager l'épaule de plus en plus, l'attirer au détroit inférieur et effectuer la sortie du tronc par le mécanisme de l'évolution spontanée.

Mais ce moyen est condamné par la plupart des grands accoucheurs. « Tirer sur le bras, c'est « commencer une opération qu'on ne pourra ter- « miner et qui augmente beaucoup les difficul- « tés. »

« Si l'on est quelquefois parvenu à terminer « l'accouchement de cette manière, c'est que l'en- « fant était très-petit, et le bassin de la mère « assez grand pour le laisser passer en double ; « ces faits ne sont que des exceptions rares et ne « peuvent servir de règles. » (Baudelocque).

Au cas de version impossible, si le fœtus est petit et la femme bien conformée, le procédé de Pamart est celui qui nous semble devoir obtenir la préférence. On devra toujours essayer de l'appliquer avant de faire cette opération épouvantable qui s'appelle l'embryotomie. Le crochet du forceps pénétrera facilement par l'ouverture ombilicale, et l'anneau lui offrira un point d'appui solide. Mais si l'accoucheur peut, après avoir engagé le doigt dans l'ombilic, se passer de tout instrument, et mener à bonne fin, un accouchement qui semblait impossible à terminer, il devra s'estimer très-heureux.

Dr Séjournet
Membre fondateur du Concours médical.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AIGUË

(Suite.)

Nous continuons à suivre l'ordre que M. Hanot a adopté dans son remarquable travail.

Nous avons vu d'abord quelles étaient les indications tirées de l'exagération ou de la prédominance de tel ou tel symptôme, nous allons passer en revue les indications d'après les *complications anatomo-pathologiques.*

Suppuration du poumon. — La terminaison par *hépatisation* grise, c'est-à-dire par la suppuration, présente une très-grande gravité. Mais la thérapeutique est impuissante contre la lésion locale et il faut se borner à soutenir les forces du malade; une seule voie du salut étant possible : celle de la formation d'un véritable abcès, s'ouvrant dans les bronches, évacuant ainsi son contenu et laissant une caverne qui finit par se cicatriser.

Pneumonie du sommet. — M. Peter admet que l'allure spéciale que revêt cette variété de pneumonie du sommet est due à ce que le sommet du poumon est doué de moins de vitalité que les parties plus expansibles. En général cette localisation de la maladie se marque par l'élévation plus grande de la température, par l'intensité de la dyspnée, enfin la terminaison se fait plus lentement et plus souvent par des abcès que dans les autres variétés.

Toutes ces considérations suffisent pour que le praticien se tienne sur ses gardes, pour qu'il réserve son pronostic et qu'il ne se borne pas à l'abstention.

Pneumonie double. — Une simple remarque à ce sujet. Il faut se garder de confondre avec une seconde pneumonie une congestion réflexe de l'autre poumon. Cette confusion conduirait à des exagérations thérapeutiques plus qu'inutiles.

Bronchite. — La bronchite complique souvent la pneumonie, chez les enfants il n'est pas rare aussi de voir la pneumonie venir compliquer une bronchite antérieure. On observe encore des cas analogues dans le cours de la grippe et sous l'influence de certaines constitutions médicales. Il y a dans ces fluxions de poitrine de nature catarrhales des indications spéciales.

Pleurésie. — La pleurésie est, pour ainsi dire, la règle ; mais elle offre des degrés très-divers et peut mettre le médecin dans la nécessité d'agir lorsque l'épanchement est plus ou moins considérable et évolue, pour ainsi dire, pour son propre compte. Le plus souvent l'épanchement produit par la pneumonie suit l'évolution de la lésion pulmonaire, né avec elle, ils disparaissent ensemble. Mais il faut prendre garde que l'épanchement ne vienne tout à coup prendre la première place, et évoluer pour son compte.

Congestion pulmonaire. — Contre l'évolution d'un foyer d'hépatisation, le médecin ne peut rien; mais autour de ce foyer, il y a une congestion collatérale plus ou moins intense contre laquelle nous ne sommes pas désarmés.

Le rôle de la congestion dans la pneumonie est considérable et, il est des cas, où elle occupe une si grande place, que l'hépatisation est reléguée sur un plan inférieur. On peut même se demander si l'évolution a atteint la période d'hépatisation. C'est dans ces cas que rentrent les observations de pneumonie *abortive* de M. Charcot.

Une objection est possible. Est-ce bien à une pneumonie qu'on a affaire ou à de la congestion simple ?

M. Hanot rapporte à ce sujet l'opinion de M. le professeur Potain, qui a décrit cette forme sous le nom de *pneumonie congestive.*

« Celle-ci se présente cliniquement sous la forme suivante : au début, point de côté thoracique de moyenne intensité, submatité à la percussion, toux accompagnée fréquemment d'une expectoration abondante, blanche, mousseuse, analogue à du blanc d'œuf battu; à l'auscultation, on ne trouve que du souffle bronchique. Celui-ci existe *d'emblée* dès le début de la maladie, sans avoir été précédé de râles crépitants; il persiste pendant toute la durée de la maladie, et n'est pas remplacé par des râles crépitants, dit de retour. Dans les faits observés jusqu'ici, la température n'a pas dépassé 39,2.

« On ne connaît pas le substratum anatomique de la pneumonie congestive, par cette raison que la maladie n'est jamais mortelle; M. Potain a pensé qu'il n'y a pas d'exsudat fibrineux dans les alvéoles et que la lésion peut consister simplement en des modifications d'ordre vasculaire portant sur l'alvéole et le tissu conjonctif qui entre dans la constitution de ses parois.

Insuffisance cardiaque (asystolie) avec ou sans altération du myocarde. — Avec le professeur Fürgensen, de Tubingue, M. Hanot insiste sur cette complication de la pneumonie qui se traduit par l'ensemble symptomatique ordinaire ; petitesse et irrégularité du pouls, abaissement de de la température centrale et périphérique, cyanose, dilatation des veines jugulaires, etc. Cette insuffisance, avec ou sans myocardite, peut donner

lieu à un œdème pulmonaire passif se traduisant par les signes d'un catarrhe bronchique. On comprend combien il est utile d'être prévenu de cette complication possible qui exige une thérapeutique spéciale.

Péricardite. — On observe surtout la péricardite chez les buveurs, les brightiques, les rhumatisants. Il est inutile d'insister sur la gravité des symptômes que la péricardite ajoute à ceux de la pneumonie.

Méningite. — Nous avons déjà dit quelques mots à ce sujet à propos du délire. La question du diagnostic se pose ainsi : le délire est-il dû à une méningite ou à une autre cause? Dans le premier cas, il n'y a pas, malheureusement, d'indication à remplir.

Congestion rénale. — Parfois elle est assez intense. Aussi devra-t-on se souvenir de ce que nous avons souvent dit déjà à propos des médicaments actifs. Il faut craindre l'accumulation des substances s'éliminant par les urines chez les malades dont le rein ne remplit plus absolument ses fonctions, et d'autre part il est dangereux d'augmenter la congestion rénale en donnant des substances capables de l'augmeter encore.

INDICATIONS D'APRÈS LA MARCHE DE LA MALADIE.

Pneumonie abortive. — Si l'on était toujours certain d'avoir affaire à ce genre de pneumonie, il serait inutile d'instituer le moindre traitement. Avec de la prudence et quelque soin dans son diagnostic il est probable qu'on pourra éviter plus souvent d'intervenir dans ces pneumonies qui guérissent d'elles-mêmes en moins de cinq jours.

Pneumonie à marche foudroyante. — On a observé des cas de pneumonie dont la terminaison fatale avait lieu en trente-six heures. C'est ce qui s'observe chez les diabétiques notamment.

Pneumonie à durée prolongée. — Au quatorzième jour quelquefois, quelle que soit la médication employée, la défervescence ne se produit pas. Il faut être prévenu de ce cas.

Pneumonie migratrice. — C'est une forme de pneumonie à foyers successifs. On lui applique aussi le nom de pneumonie erysipélateuse.

Pneumonie périodique. — Grisolle a décrit une forme intermittente et une forme rémittente. Le traitement spécifique a généralement raison de cette forme.

Pneumonie à marche alternante. — La pneumonie qui éclate dans le cours d'un rhumatisme revêt souvent cette forme. « Du matin au soir, dit Grisolle, on voyait le souffle être remplacé par la crépitation et réciproquement; jamais pourtant, dans l'intervalle de ces sortes de crises, le poumon ne recouvrait sa perméabilité; il restait toujours un son obscur et un bruit respiratoire affaibli, mais de temps en temps, et presque toujours, pendant une recrudescence des douleurs articulaires, on voyait le côté inférieur se prendre à son tour.

« C'était d'abord une crépitation fine, puis au bout de quelques heures survenaient du souffle et de la bronchophonie. Ces crises qui duraient chaque fois trois et quatre jours, se sont reproduites en trois mois dix à onze fois. A aucune de ces crises il n'y a eu d'expectoration caractéristique. »

Il était nécessaire de passer en revue toutes ces modalités de la maladie, afin de bien montrer combien il fallait être réservé dans l'emploi comme dans l'appréciation des médications. Dans un prochain article nous verrons quelles sont les indications si importantes qu'il y a à tirer de l'état antérieur du sujet, et cette étude finie, nous aurons confirmé ce que nous disions dans notre premier article : une pneumonie évoluant régulièrement et normalement n'offre pas d'indications à remplir. Mais en présence d'une pneumonie il n'est pas permis au médecin d'ignorer une seule des anomalies qui peuvent se produire, pas plus que la cause même de ces anomalies. Là est le secret du traitement qu'il va instituer.

(*A suivre.*) Dr P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous avons adressé à nos adhérents un erratum, *rendu nécessaire par des erreurs de chiffres qui se sont glissées dans une réponse au Dr G., à propos des assurances sur la vie.*

A moins d'erreur de la poste chacun de nos confrères a dû recevoir cette rectification.

I

Vingt-et-unième assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Le président, M. Henri Roger, signale les progrès de l'association, les noms des donateurs. Le trésorier, M. le Dr Brun, établit la situation financière de l'association : caisse des pensions, 605,000 francs ; caisse générale, 85,000 francs. M. Lunier constate que les sommes disponibles pour la constitution des pensions viagères s'accroît chaque année.

M. Amédée Latour, secrétaire général, prononce le discours habituel, il rappelle le souvenir des membres de l'association disparus dans l'année. Il constate que deux sociétés locales nouvelles se sont fondées et que quatre autres sont en formation.

Le nombre des membres de l'association est approximativement de 7.500 et l'avoir de 1.422.000 francs, somme à laquelle il faut joindre les rentes inaliénables par suite de cotisations perpétuées.

La somme de 42,000 francs, distribuée en secours éventuels, et les pensions constituées, élèvent à 64,000 le total de l'assistance dans l'exercice 1879; l'assistance confraternelle a revêtu d'autres formes et soulagé de nombreuses infortunes.

Les démarches du conseil général ont obtenu un commencement de satisfaction de la part du ministre de la justice, au sujet de l'exercice illégal de la pharmacie par les religieuses, exercice qui les conduit fatalement à celui de la médecine.

Quelques faits concernant la répression de l'exercice illégal :

« Vous savez tous, dit l'honorable M. Chapuis, le bruit immense que faisait dernièrement, dans notre ville, un charlatan effronté qui, non content de la place publique, son véritable théâtre, en outre des visites bien rétribuées qu'il daignait faire en ville dans un pompeux équipage, avait ouvert chez lui un cabinet de consultations, où se pressaient en foule même les personnes les plus distinguées de la société. Je puis, en toute connaissance de cause, vous certifier qu'il n'y a pas un seul d'entre nous qui n'ait eu à subir, dans cette circonstance, quelque infidélité dans sa clientèle.

« Les tribunaux accueillirent à grand'peine les plaintes réitérées de votre président qui eut à subir bien des ennuis, et entre autres celui de comparaître à côté de ce charlatan; et tout cela pour aboutir à une condamnation dérisoire suivie, à la sortie du tribunal, de l'ovation enthousiaste d'une population en délire, qui, par contre, m'aurait fait un très-mauvais parti, si je n'avais eu l'heureuse inspiration de m'esquiver avant le dénouement.

« La société des pharmaciens qui, dans cette circonstance, faisait cause commune avec nous et s'était portée partie civile, en demandant des dommages-intérêts pour vente illégale de médicaments, fut déboutée de sa demande et condamnée aux dépens, malgré l'éloquence de son avocat. »

A côté de ce pénible et grave résultat, voici un fait plus satisfaisant :

Un membre de la Société du Gers se voyait contester ses honoraires, c'est-à-dire la somme de 100 francs pour une opération de paracentèse et quatre-vingt-seize visites faites à une malade dans une position aisée. La Société du Gers, consultée par ce confrère, a donné un avis favorable en faisant remarquer l'exiguïté de la demande du confrère qui, sur cet avis formel, a été payé.

Voilà, Messieurs, mêlé de bien et de mal, ce que le Conseil général trouve à vous dire d'afférent à ce mode d'assistance, la protection. C'est peu, sans doute, et peut-être que dans les Sociétés qui ne nous ont pas communiqué leurs comptes rendus, se seront accomplis d'autres faits que nous ignorons. Mais il faut reconnaître que, relativement à la poursuite de l'exercice illégal, l'ardeur s'est généralement refroidie, et certes, l'exemple que je viens de citer de ce qui s'est passé à Toulon est loin d'être encourageant. Ne nous le dissimulons pas, l'opinion des juges ne nous est pas favorable, le zèle des parquets n'est rien moins qu'actif, et la fin de presque tous les procès intentés à l'exercice illégal est la glorification des charlatans et la confusion des poursuivants honnêtes. Et quels moyens efficaces pourrait-on jamais trouver pour soustraire le médecin aux mauvais procédés, à la malhonnêteté, à l'ingratitude des clients ?

Ingratitude des clients ! Quel sujet éternel et intarissable de plaintes et de récriminations !

Heureux quand elle ne va qu'à l'oubli, à la contestation, au refus des honoraires ! En effet, voici ce que raconte l'honorable président de la Société de Melun, dans la notice qu'il a consacrée au Dr Thebert, l'un des membres décédés de cette Société :

« Au début de sa carrière, et alors que plein d'illusions il croyait encore que toute peine mérite salaire, il eut la malencontreuse idée de réclamer une dette à un client oublieux qu'il rencontra dans un chemin éloigné de toute habitation. Celui-ci, pour toute réponse, le roua de coups et le laissa pour mort sur la place.

« Depuis cette époque, Thebert n'osait plus réclamer ses honoraires, ou, s'il le faisait, c'était d'un ton si humble qu'il semblait demander une aumône. Je vous laisse à penser quel parti les débiteurs tirèrent de cet événement, et dans quel dénûment il termina sa carrière. »

Voici qui est moins tragique, mais bien original :

Le respectable père de l'un de nos éminents confrères, M. le Dr Broca, de Sainte-Foy (Gironde), par une nuit froide et sombre, est réveillé par un paysan habitant un village situé à plusieurs kilomètres. — Ma femme est bien malade, monsieur Broca, je vous en prie, venez la voir tout de suite. — Esclave de ses devoirs professionnels, notre honoré confrère se lève et suit le paysan. Arrivé près de sa demeure, cet homme se tourne vers notre confrère, en lui disant : — Je vous demande bien excuse, monsieur Broca, ma femme, heureusement, n'est pas malade; mais, voyez-vous, j'ai eu peur du loup-garou qui rôde dans notre pays, et comme il n'attaque jamais que les personnes seules, je me suis permis de vous demander votre accompagnement.

(A suivre)

II

Très-honoré confrère,

La lettre du Dr Champeaux m'a causé une vive surprise et m'a montré, par son innocent persifflage, qu'il me croyait beaucoup plus avancé que je ne le suis.

Oui, c'est vrai, j'ai pris l'initiative de la formation des syndicats médicaux.

Cette idée, qui, depuis longtemps déjà, était dans l'air, a été prise en considération par beaucoup de confrères, sinon par tous.

C'est alors que j'ai cru devoir rentrer dans le rang, effacer ma personnalité, et laisser s'accumuler dans un même journal, le vôtre, tous les matériaux destinés à construire notre édifice.

De cette manière sera constitué un fonds commun où chaque groupe médical de canton ou d'arrondissement puisera ce qui lui convient ou bien on codifiera le tout, laissant à chacun de ces groupes le soin d'y apporter les modifications nécessaires pour chaque localité.

C'est, du reste, ainsi, ce me semble, que notre honorable confrère le Dr Béraud a compris l'état de la question, puisque dans le n° 12 du 20 mars, il formulait ainsi ses conclusions :

« Que chacun des abonnés du *Concours médical* « réponde à l'enquête qui est commencée sur les questions d'intérêt professionnel. Que chacun vienne « mettre une pierre à l'édifice, afin que de la réunion « de tous ces documents, émanant des différents points « de la France, on puisse composer un code professionnel sérieux qui guide les jeunes médecins dans « l'exercice de notre pénible profession. C'est alors « qu'on pourra établir dans chaque arrondissement « et même dans chaque canton des *syndicats médicaux* chargés de veiller à l'exécution des règlements « ou statuts, de défendre les intérêts de la profession. »

Pour moi, je n'ai pas, en ce moment, de projet d'ensemble à présenter à mes collègues ;

C'est pourquoi je vous ai tant engagé à solliciter les communications de tous les médecins, qui, tous, sont intéressés à la question. Puisque notre honorable confrère, le Dr Champeaux, est plus avancé que moi, usez de toute votre influence sur lui pour qu'il vous fasse part de son projet. Je ne puis, vous le comprenez, du reste, être jaloux de ce que l'idée émise par moi soit assez bien accueillie pour avoir déjà inspiré quelques travaux. Il est évident que s'il existe un travail d'ensemble fait par n'importe lequel d'entre nous, les choses en seront d'autant plus avancées, et je ne pourrai qu'en être très-heureux pour le plus grand bien de tous.

Agréez, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr Margueritte

Havre, 10 avril 1880.

Nous avons inséré la lettre du Dr Champeaux, malgré sa forme un peu vive. La réponse si sensée de M. Margueritte crée à notre confrère le devoir de nous faire parvenir promptement son travail.

III

10 avril 1880.

Très-honoré confrère,

De quelle manière un médecin doit-il tenir ses livres de comptes afin de ne pas donner prise à des insinuations ou à des soupçons de malhonnêteté, quand la production de ses livres devant un juge est nécessaire?

Depuis quinze ans, j'inscrivais, sur la page d'un registre, le nom de chacun de mes clients. Au-dessous verticalement, les douze mois de l'année et horizontalement, les quantièmes, de telle façon qu'un trait indiquait le jour où j'avais fait une visite, un A le jour où j'avais pratiqué un accouchement, un O, une opération, etc., etc. Chaque malade avait donc un compte personnel pour chaque année.

Je croyais être correct : un client véreux m'a appris le contraire. Depuis longues années il me devait 180 fr. ; des à-comptes m'avaient été donnés, et en ces derniers jours il restait me devoir 122 fr.

Fatigué d'attendre, j'en demandai le paiement par la voie du juge de paix et devant ce magistrat mon débiteur produisit une note, signée de moi, vieille de cinq ans, d'après laquelle il n'aurait resté me devoir que 28 fr., note qui ne concordait qu'en partie avec la dernière envoyée.

Devant une preuve matérielle que je ne pouvais récuser je n'avais qu'à chercher l'erreur et à produire les différents comptes de ce débiteur sur mes livres.

M. le juge de paix, avec un tact parfait et une condescendance dont je n'ai eu qu'à me louer, reconnut que la note ancienne ne correspondait pas avec mes livres ; que j'avais pu commettre une erreur de nom et envoyer à ce client une note qui ne le concernait pas ; mais que de plus, par la manière dont je notais mes visites, il était permis à la partie adverse de soupçonner des additions et de soutenir ainsi que la dernière note était erronée.

Pour éviter une pareille suspicion, j'ai préféré transiger et je viens demander à mes confrères qui ont eu à subir de pareilles vilenies, de vouloir bien m'indiquer ce que leur a suggéré l'expérience pour la tenue de leurs comptes.

Agréez mes cordiales salutations.

Dr C.

Réponse du conseil judiciaire du Concours médical.

Les commerçants, seuls, sont tenus d'avoir des livres. Aucune obligation de ce genre n'est imposée par la loi au médecins.

Pratiquement le meilleur moyen consisterait à avoir deux livres :

Un carnet courant sur lequel le médecin inscrirait jour par jour ses visites chez lui ou hors de chez lui, opérations, etc.

Un livre (faisant fonction de grand-livre) sur lequel il relèverait par *chaque client* les dates, nature et nombre des visites.

Une telle comptabilité ferait foi en justice.

IV

Monsieur et honoré confrère,

Je vous serais bien obligé si vous vouliez me donner les renseignements suivants. Les médecins établis dans une localité où il n'y a pas de pharmacien peut-il empêcher les religieuses de faire de la pharmacie ?

Je vous en adresse d'avancer tous mes remerciements, votre deviné confrère.

Dr D...
membre fondatenr, n° 340.

RÉPONSE

Non. — L'exercice illégal de la pharmacie ne peut être poursuivi que par le ministère public ou par un pharmacien.

V

A PROPOS DES ASSURANCES-VIE

Le Dr L. (n° 551) écrit : Je suis d'ailleurs disposé à m'assurer dans les conditions suivantes : assurance mixte de 20,000 francs avec accumulation de bénéfices pendant quinze ans.

1° Quelle est la prime annuelle que j'aurai à payer ?

2° Au bout de quinze ans, en échange de la

valeur totale, à quelle rente viagère aurai-je droit?

RÉPONSE

Age : trente-trois ans, capital. . . . 20,000

1° Assurance mixte de 20 ans; prime annuelle. 984,40

Accumulation des bénéfices, pendant quinze ans.

Dans quinze ans, M. le Dr L. pourra réaliser ou continuer son assurance; s'il la continue jusqu'à l'expiration du contrat, il touchera en espèces :

Bénéfices, environ. . . . . 9,945 »

Il pourra, avec ce bénéfice se constituer une rente viagère de. 836,37

Il restera assuré pour son capital de 20,000, qui lui sera payé cinq ans plus tard, et pour lequel il aura à payer, pendant cinq ans, une prime annuelle, mais cette prime sera certainement réduite, par la participation dans les bénéfices, à un chiffre inférieur au montant de la rente viagère.

— Si M. le Dr L. veut réaliser la valeur totale de son assurance au bout des quinze années d'accumulation, il touchera en espèces. . . 23,093 ».

Ou bien, contre l'abandon de cette somme, il se constituera une rente viagère de. 1942,12

2° Assurance mixte de quinze ans ; prime annuelle. 1347,20

Accumulation des bénéfices pendant quinze ans,

Résultat.

Valeur totale en espèces. . . . 33,160 »

Ou rente en échange de cette valeur totale. 2788,75

Cette valeur totale se décompose dans ce cas de la manière suivante :

1° Capital. . . 20,000
2° Bénéfices . 13,160

33,160

VI

— A M. le Dr L., à T. (Haute-Garonne).

Vous dites : Un de nos amis âgé de trente-six ans, veut contracter une assurance de 10,000 francs, pour quinze ans. Il laisserait pendant ce temps s'accumuler les bénéfices et consentirait en outre à abandonner à la Cie primes et bénéfices s'il venait à décéder, avant les quinze années.

Quelle serait la prime à payer?

Quelle somme pourra-t-il recevoir après les quinze ans?

Ou quelle rente viagère pourrait-il obtenir à la même époque?

RÉPONSE

Prime annuelle. 501 10

Accumulation des bénéfices pendant quinze ans.

Résultat :

Capital . . . . 10,000 »

Bénéfices. 6,760 »

16,760 »

Rente en échange de la valeur totale. 1,468 17

Au taux de 8 fr. 76 cent. p. 0/0.

Rente payable annuellement.

Il est bien entendu qu'en cas de décès, durant les quinze années, ses ayants-droits toucheront 10,000 francs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de botanique, par H. Baillon (1).

La plupart des médecins connaissent déjà ce Dictionnaire qui sera la véritable encyclopédie botanique de la fin du XIXe siècle. Il comprendra environ quatre volumes grand in-4, dont le premier figurait à l'Exposition universelle de 1878. Aujourd'hui nous annonçons la publication du douzième fascicule qui va de *Cistiflorœ* à *Comi-nia*. On sait que rien n'a été négligé pour rendre cet ouvrage aussi parfait que possible, le format, le papier, le caractère, rien ne laisse à désirer sous le rapport matériel. L'illustration, confiée au crayon si habile de M. Faguet, ne contribuera pas peu, par ses dix mille figures, à rehausser cette œuvre sur la valeur et le mérite de laquelle il est inutile d'insister, quand on s'adresse à des médecins qui savent que la direction en est confiée au savant professeur de la Faculté de Paris, M. H. Baillon, qui a tant contribué à augmenter la somme de nos connaissances botaniques, et qui continue avec ardeur son *Histoire des plantes* dont le septième volume est aujourd'hui terminé.

La belle planche en chromo-lithographie qui accompagne ce fascicule représente l'*Aquilegia chrysantha,* magnifique ancolie californienne à fleurs jaunes dont les éperons atteignent plusieurs centimètres de longueur. C'est une espèce récemment introduite dans les cultures et dont les fleurs ne contribueront pas peu à augmenter l'ornementation de nos jardins.

En même temps, la maison Hachette faisait paraître le premier fascicule du supplément au *Dictionnaire de chimie pure et appliquée,* par M. A. Wurtz (2). La chimie est une science dont les progrès sont si rapides et dont les résultats pratiques s'imposent si rapidement qu'au bout de quelques années, l'ouvrage le plus complet ne se trouve plus au niveau des nouvelles connaissances. Aussi faut-il regarder l'apparition de ce supplément comme, un conplément et presque une nouvelle édition de ce dictionnaire connu dans le monde entier. On jugera de son importance en réfléchissant que ce premier fascicule s'arrête au milieu du mot *Aniline*. Les médecins y trouveront tout particulièrement des renseignements sur les principes actifs des végétaux dont l'introduction dans la matière médicale prend de plus en plus d'importance.

Signalons enfin, pour terminer, *l'Année scientifique et industrielle,* par L. Figuier (3). C'est l'exposé annuel des travaux scientifiques, des inventions et des principales applications de la science à l'industrie et aux arts qui ont attiré l'attention publique en France et à l'étranger. Le

(1) Douzième fascicule, Librairie Hachette, boulevard Saint-Germain, 79. Prix 5 francs.
(2) Un vol. in-4, prix 3 francs 50.
(3) Un vol. in-12, même librairie, prix 3 francs 50.

volume se termine par une nécrologie scientifique. Un des chapitres intitulé : *Médecine* et *physiologie*, comprend tous les grands faits médicaux de l'année 1879. C'est la vingt-troisième année dont l'auteur fait ainsi le bilan. Pour faciliter les recherches dans une collection aussi nombreuse, M. L. Figuier a publié, il y a quelques années, la table des vingt premiers volumes.

Dr A. B.

Etudes sur Cauterets : volume de 576 pages prix 5 fr. 3 fr. pour les médecins fondateurs ou participants — par M. le Dr Moinet, médecin consultant à Cauterets.

CHRONIQUE

Hopital Saint-Louis. — *Conférences de clinique dermatologique.* — M. le docteur Ernest *Besnier,* médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera la série d'été de ses conférences cliniques, le mercredi 28 avril, à 8 heures, salles Saint-Thomas, Saint-Léon, et laboratoire de la salle Saint-Léon, et continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Ordre des travaux du service : Lundi, *Consultation externe.* — Mardi, *Premier examen des nouveaux.* — Mercredi, *Clinique.* — Jeudi, *Tricophyties.* — Vendredi, *Pelades.* — Samedi, *Lupus*, etc.

Conseil supérieur. — Le dépouillement du scrutin ouvert jeudi pour les élections au Conseil supérieur de l'instruction publique a donné les résultats suivants pour les Facultés de médecine : Deux délégués à élire, électeurs inscrits 216, votants 176. Sont élus : MM. Vulpian, doyen de la Faculté de Paris, par 170 voix, et Moitessier, doyen de la Faculté de Montpellier, par 154 voix.

Viennent ensuite, et par ordre du nombre de voix obtenues : MM. Broca, Robin, Wurtz, Dénucé, Tourdes, Felz, Engel, Baillon, Dubreuil, Brouardel, Morel, Michel, Depaul et Grousse.

Les résultats du vote des Ecoles supérieures de pharmacie et des professeurs de pharmacie dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, — un délégué à élire, — ont donné : inscrits 35, votants 35, majorité absolue 18 ; M. Chatin est élu par 20 voix ; viennent ensuite : M. Planchon, 12 voix, et M. Bouis, 1 voix ; bulletin nul 1, bulletin blanc 1.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

AVIS

Nous avons déjà reçu des demandes de renseignements sur les noms de nos confrères faisant partie du Concours Médical, *qui sont en même temps médecins des stations thermales. Nous prions les intéressés de vouloir bien nous adresser une note à cet égard, pour que nous puissions en faire usage quand il y a lieu.*

— Dr M., 652 (Corrèze), 11 avril.

« *Vous avez trouvé, en créant le* Concours Médical *un moyen efficace d'association, d'échange d'idées, de répression des abus, de discussion de réformes, de groupement de nos efforts pour l'amélioration du sort de chacun de nous. La situation du médecin de campagne est bien à plaindre. Mon prédécesseur dans le canton où j'exerce a pratiqué la médecine pendant vingt ans. Type de l'économie et de l'activité, il a laissé, après sa mort, un déficit de quarante mille francs. Il s'est donc usé durant vingt ans au service de la population, au détriment de sa fortune, etc...* »

Votre étude sera bien venue. Le journal est adressé à votre confrère B... c'est à lui de nous écrire s'il désire être participant gratuit ou payant. Vous avez dû recevoir l'envoi du vaccin.

— Dr E., à St-M. (Ille-et-Vilaine), 11 avril.

Vous êtes le seul juge de l'assistance que vous pouvez nous prêter. Vous n'avez aucune obligation. Vous êtes inscrit participant.

— Dr D., à St-E. (Loire), 12 avril.

Vous êtes abonné. Il suffit de l'expression de votre désir pour que vous soyez inscrit participant. C'est ce qui est fait dès ce moment.

— Dr S., à T. (Seine-et-Marne), 12 avril.

Votre proposition ne nous paraît pas pratique. Prière de la développer. — Oui, la création des boîtes de secours est à étudier et peut avoir de bien fâcheuses conséquences.

— Dr L., à B. (Hérault).

« *Je profite de ma qualité de membre du* Concours *et sur mon dernier envoi des fournisseurs, j'ai réalisé une économie de plus de 20 fr. Ne serait-il pas possible plus tard d'élever les remises de librairie à 25 p. 0/0, remise aux commissionnaires?* »

Sur certains ouvrages, tels que ceux que vous désignez, oui ; sur la plupart, non. Vous êtes inscrit. Nous vous recommandons de songer à l'assurance.

— Dr R. (Paris), 14 avril.

Vous pourrez contracter votre assurance rente viagère à des conditions très-avantageuses. La comparaison vous convaincra très-facilement.

— Dr F., à R. (Var), 14 avril.

Puisque après examen vous partagez nos vues, votre qualité d'abonné vous donne le droit d'inscription comme participant gratuit, à l'avenir.

— Dr K., à E. (Côte-d'Or), 14 avril.

A votre recommandation, le confrère est inscrit participant.

— Dr R., 832 (Haute-Garonne), 15 avril.

Merci de tous vos efforts et du succès que vous obtenez.

— Dr N., à St-M. (Oise), 16 avril.

L'abonnement est fait. Compliments et nous espérons bien vous voir à la prochaine réunion à P.

— Dr K., à E. (Côte-d'Or), 14 avril.

L'inscription réclamée est faite.

— Dr L., 588 (Gironde), 15 avril.

Même réponse.

— Dr M., à Y. (Haute-Loire), 17 avril.

Les envois sont faits aux deux adresses.

— Dr F., 408, 18 avril.

Votre confrère sera inscrit, dès qu'il aura fait parvenir son adhésion.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 18 1er mai 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Pasteur a donné lecture à l'académie d'un second travail sur le choléra des poules intitulé: *Études des conditions de la non-récidive de la maladie et de quelques autres de ses caractères.*

M. Pasteur s'est proposé de démontrer, par de nombreuses expériences, que les effets de la *vaccination* (il a adopté ce terme pour exprimer l'inoculation à une poule du virus atténué du parasite microscopique du choléra des poules) sont variables avec les poules, que certaines résistent à un virus très-virulent à la suite d'une seule inoculation préventive du virus atténué, que d'autres exigent deux inoculations préventives et même trois; que, dans tous les cas, toute inoculation préventive a son action propre parce qu'elle prévient toujours dans une certaine mesure; qu'en un mot, on peut vacciner à tous les degrés et qu'il est toujours possible de vacciner d'une façon complète, c'est-à-dire d'amener la poule à ne plus pouvoir recevoir aucune atteinte du virus le plus virulent.

M. Pasteur résume comme il suit les résultats qu'il a exposés dans ce travail:

C'est la vie d'un parasite à l'intérieur du corps qui détermine la maladie appelée choléra des poules et qui amène la mort.

Du moment où cette culture n'est plus possible dans la poule, la maladie ne peut apparaitre. Les poules sont alors dans l'état constitutionnel des animaux que le choléra des poules n'atteint jamais. Ces derniers animaux sont comme vaccinés de naissance pour cette maladie, parce que l'évolution fœtale n'a pas introduit dans leur corps des aliments propres à la vie du microbe ou que ces matières nutritives ont disparu dans le jeune âge.

Il n'y a pas lieu de trop s'étonner, dit M. Pasteur, qu'il y ait des constitutions tantôt rebelles aux inoculations, lorsqu'on voit le bouillon de levure de bière, préparé exactement comme le bouillon de muscles de poules, se montrer impropre à la culture du parasite du choléra des poules, tandis qu'il se prête à merveille à la culture d'une multitude d'espèces microscopiques, notamment de la bactéridie charbonneuse.

L'explication à laquelle les faits nous conduisent tant de la résistance constitutionnelle de certains animaux que de l'immunité que créent chez les poules les inoculations préventives, n'a rien non plus que de naturel quand on considère que toute culture, en général, modifie le milieu où elle s'effectue, modification du sol, s'il s'agit des plantes ordinaires, modification des plantes ou des animaux, s'il s'agit de leurs parasites, modification de nos liquides de culture, s'il s'agit des mucédinées, des vibrioniens ou des ferments.

M. Pasteur a terminé sa communication en déduisant de ces faits diverses applications à l'histoire générale des maladies contagieuses.

Nous ne suivrons pas le savant chimiste dans ses généralisations. Il faut avant de tirer des déductions de ces faits, d'ailleurs si intéressants, répéter et varier ces expériences.

M. Tillaux a communiqué l'observation d'une malade qu'il avait présentée dans l'une des dernières séances et à laquelle il a pratiqué, avec

succès, l'ablation du corps thyroïde. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans qui portait une tumeur du cou, du volume d'une tête de fœtus à terme, s'étendant depuis le cartilage thyroïde jusque derrière la fourchette du sternum en avant et jusqu'au bord antérieur du trapèze, sur le côté gauche du cou. Cette tumeur était lisse, rénitente. La malade demandait à en être débarrassée, surtout parce que depuis plusieurs mois elle avait des accès de suffocation nocturne très-pénibles et des palpitations de cœur très-violentes ; on ne comptait pas moins de 130 à 140 pulsations par minute. Elle accusait des troubles de la vision ; il y avait très-peu de saillie des globes oculaires. Il y avait aussi chez elle de la dysphagie, une aménorrhée complète depuis six mois, des troubles vaso-moteurs très-marqués. Enfin son caractère avait changé et était devenu maussade et difficile. En présence de ces symptômes, M. Tillaux consentit à l'opérer.

Le corps thyroïde est, comme on sait, enveloppé d'une capsule cellulo-fibreuse très-résistante, traversée par quatre artères et quatre veines et adhérant très-solidement, surtout aux premiers anneaux de la trachée. M. Tillaux voulait pénétrer doucement dans cette capsule, l'ouvrir avec le bistouri, puis, arrivé sur le corps thyroïde, ne plus se servir que des pinces et de la sonde cannelée, après avoir compris les vaisseaux entre deux ligatures. La malade, couchée sur le dos, la tête étendue, fut endormie par le chloroforme ; la méthode de Lister fut employée dans toute sa rigueur. Une incision oblique de haut en bas fut faite parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien, puis une incision horizontale, partant perpendiculairement à l'extrémité de la première, donna un lambeau en L. Arrivé sur le corps thyroïde, M. Tillaux essaya de détacher la capsule, mais il éprouva les plus grandes difficultés ; chaque coup de sonde cannelée lui donnait un jet de sang. Il resta ainsi près de vingt-cinq minutes à piétiner sur place, pour ainsi dire, sans avancer l'opération.

La capsule adhérait très-intimement à la face externe du corps thyroïde. Il dut appliquer plus de cinquante pinces hémostatiques. Renonçant à attaquer la tumeur sur son lobe droit, il fit une seconde incision oblique, parallèle à la première, sur le côté gauche, et obtint ainsi un lambeau, en forme de volet, qu'il releva sur le menton. Il n'y avait aucune adhérence de ce côté, et l'énucléation du corps thyroïde put être faite assez facilement. Une fois la tumeur enlevée, l'hémostase assurée, M. Tillaux put faire une observation qui n'est pas sans intérêt au point de vue de la physiologie. Pendant que le lambeau était relevé et la trachée découverte, la malade était prise d'oppression ; aussitôt que le lambeau était rabattu et la trachée recouverte, cette oppression cessait. La réunion immédiate fut faite ; un tube fut placé à l'extrémité inférieure de la plaie.

Il n'y eut pas d'accidents dans les quatre jours qui suivirent ; mais le cinquième jour, il se produisit une hémorrhagie abondante venant de la crico-thyroïdienne gauche et qui fit sauter la suture. Cette hémorrhagie fut arrêté par le pincement de l'artère.

C'est là, non-seulement un succès chirurgical, mais aussi un résultat curieux au point de vue pathologique. En effet, à partir du moment où cette femme fut débarrassée de sa tumeur, elle n'eut plus un seul accès de suffocation et tous les autres phénomènes disparurent également. Bien qu'il n'y eût pas, à proprement parler, d'exophthalmie, M. Tillaux n'hésita pas à admettre qu'il s'agissait bien, dans ce cas, d'un goître exophthalmique, M. Sée dans son livre sur les maladies de cœur, disant que l'exophthalmie est, des trois phénomènes qui forment la triade symptomatique de la maladie de Basedow, celui qui fait le plus souvent défaut.

Cette opération fait le plus grand honneur à M. Tillaux.

LE CHARBON

Anatomie et physiologie pathologiques.

L'étude anatomo-pathologique de l'infection charbonneuse doit porter sur deux ordres de lésions qui peuvent se trouver réunies, lorsque par exemple le sujet a succombé au progrès de la maladie ; mais dont l'un peut manquer si l'infection générale n'a pas encore commencé et si le processus morbide est encore arrêté dans les couches cutanées. — En un mot, il faut distinguer les lésions locales et les lésions générales produites par l'extension de l'infection virulente et déterminant la mort.

La forme de la lésion locale qu'on voit le plus fréquemment est, nous le savons, *la pustule maligne ;* la condition nécessaire de production est l'introduction, dans les *couches cutanées*, du virus charbonneux. La marche de la maladie est forcé-

ment lente dans ces tissus qui ne se nourrissent guère que par imbibition, et longtemps la lésion reste localisée. La pustule maligne, à tous ces titres, mérite donc une description particulière ,et c'est par elle que nous commencerons.

Bien des variétés peuvent se rencontrer parmi les pustules malignes : ce fait ne surprendra pas si l'on se rappelle que la forme de la lésion locale, aussi bien que la rapidité de son évolution, dépend essentiellement et uniquement de la structure anatomique de la région qui en est le siége. — Cet axiome d'anatomie pathologique nous aidera à expliquer les différences que pourront présenter au premier abord les lésions de l'œdème charbonneux.

La lésion locale de l'infection charbonneuse consiste dans la production d'une vésicule contenant un liquide généralement peu coloré, accompagné d'une ecchymose sous-vésiculaire et de l'induration des tissus sous-jacents. — Les phénomènes : concomitants rougeur, chaleur, œdème périphérique, ne sont que des signes de réaction inflammatoire...

Peut-être d'ailleurs, à côté de la bactéridie, existe-t-il une matière phlogogène à laquelle il faut attribuer ces phénomènes inflammatoires (Toussaint).

Cette vésicule ne se montre qu'au bout d'un certain temps; il faut que la bactéridie se soit installée dans les tissus contaminés, qu'elle ait pullulé en quantité suffisante pour déterminer l'inflammation locale. Celle-ci, d'ailleurs, suit au début le processus commun à toutes les dermatites vésiculeuses : une rougeur légère précède une petite élevure à peine saillante, indurée, circulaire, sans trace de cavité ni de liquide; c'est une papule. Puis survient l'exsudation d'un liquide séreux qui imbibe les couches profondes de l'épiderme, en dissocie les éléments et, arrivant sous la couche superficielle plus résistante, la soulève, transformant ainsi la papule en vésicule.

En même temps, le corps muqueux sous-jacent s'enflammant, les capillaires se distendent, se rompent et laissent sortir les globules sanguins (ecchymose sous-vésiculaire), tandis que l'exsudat interstitiel détermine l'induration.

Ce ne serait là, jusqu'à présent, que l'ensemble normal des phénomènes inflammatoires sur uu point localisé, et le processus suivrait vraisemblablement sa marche habituelle s'il ne se produisait un accident dû vraisemblablement aux bactéridies. Celles-ci envahissent les capillaires, forment de véritables embolies et, obturant les artérioles, déterminent la terminaison par gangrène de l'inflammation.

D'autre part, le foyer infectieux, une fois installé, rayonne autour de lui; de nouvelles vésicules se groupent en cercle autour de la vésicule centrale, et celles-ci, répétant les lésions primitives, s'accompagneront d'ecchymoses sous-vésiculaires, d'induration des tissus sous-jacents, etc... Ces vésicules secondaires propageront l'infection et de nouvelles vésicules pourront apparaître, de sorte que la zone vésiculeuse ira en s'agrandissant, tandis que la partie centrale, frappée de mort, se présentera sous la forme d'une escarre gangréneuse qui, elle aussi, tendra à s'accroître du centre vers la périphérie.

De son côté, l'oblitération capillaire et veineuse déterminera la production d'un œdème sous-cutané de plus en plus étendu ; et, d'autant plus considérable, que le tissu cellulaire sera plus lâche et plus abondant.

Cet enchaînement des phénomènes locaux, disons-le immédiatement, ne s'observe pas toujours de la façon régulière et successive que nous venons de décrire : c'est que les altérations morbides gagnant en profondeur, l'infection générale arrive et la rapidité de sa marche ne donne pas aux lésions locales le temps de subir leur évolution.

L'incision de la pustule maligne permet de se rendre compte de ces diverses modifications : le tissu sous-vésiculaire est dur, il résiste au bistouri et donne à peine quelques gouttelettes d'une eau rousse ; plus profondément la dureté diminue, un sang noir et fluide apparaît; enfin le tissu cellulaire œdématié offre un aspect et une consistance gélatiniformes qu'on a pu comparer à ceux d'une tranche de citron.

Si la lésion locale est plus étendue, on trouve d'abord une eschare grisâtre, molle et fétide, puis au-dessous une couche épaisse, lardacée et présentant la dureté que nous avons signalée plus haut.

En même temps la douleur assez vive qu'occasionne généralement l'incision s'émousse et, au bout d'un certain temps, il n'est pas rare de rencontrer une insensibilité absolue.

Enfin dans les cas où les lésions locales peuvent, par suite du retard de l'infection générale, subir toute leur évolution, on peut voir la gangrène envahir successivement la peau tout entière, le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire et même les muscles. Autour de l'escarre, le tissu cellulaire d'un rouge brunâtre est infiltré d'un liquide séreux roux et fétide; il est ramolli et comme pulpeux, et renferme parfois des gaz, produits de la putridité. D'après Gubler, ces gaz seraient constitués, en majeure proportion, par de l'hydrogène proto-carboné.

Dans les liquides divers qui s'écoulent de l'incision d'une pustule maligne (sang, sérosité), le microscope montre des bactéridies.. Nous reviendrons d'ailleurs sur les altérations du sang, à propos des lésions générales constatées à l'autopsie.

Au lieu d'avoir été déposé dans les couches cutanées, le virus peut avoir été porté plus profondément et déposé dans le tissu cellulaire, par exemple : il ne se produira pas autour d'une vésicule primitive ces zones de phlyctènes caractéristiques; la nature et l'aspect des lésions changeront avec la nature des tissus au sein desquels elles évoluent.

C'est l'œdème charbonneux qui se montrera, ce sont ces tumeurs qu'on trouve si fréquemment dans la maladie charbonneuse du cheval.

Les lésions anatomiques seront celles que nous avons précédemment décrites pour le tissu cellulaire, seulement l'infection générale survenant beaucoup plus vite que dans le cas de pustule maligne, les phénomènes locaux ne pourront subir leur entière évolution. Parfois pourtant la

peau sera envahie et on observera des phlyctènes, mais elles ne présenteront jamais la disposition spéciale à la pustule maligne; elles seront généralement remplies d'une sérosité brunâtre et reposeront sur un fond livide, signe de sphacèle imminent ou réel des tissus.

L'œdème charbonneux peut d'ailleurs se produire par un autre mécanisme dans les régions voisines des muqueuses, l'introduction du virus se faisant par une érosion de la muqueuse. Il se passe alors des phénomènes identiques à ceux que nous avons signalés pour la pustule maligne; l'œdème est secondaire et ne prend un caractère particulier qu'en raison de la structure de la région et de l'impossibilité où l'on se trouve souvent d'observer la lésion primitive.

On ne peut, en effet, observer de pustule maligne sur les muqueuses; la vésicule initiale se produit en réalité, mais la chute rapide de l'épithélium et les caractères particuliers qu'offre la lésion locale la différencient de la forme extérieure cutanée à un point tel que, pendant longtemps, elle a été prise pour une des lésions générales de la *fièvre charbonneuse spontanée*.

Une observation plus attentive, et les expériences de M. Pasteur, ont fait justice de cette erreur. La lésion des muqueuses est à la pustule maligne ce que l'énanthème est à l'exanthème dans certaines fièvres éruptives. On trouve une ulcération arrondie, entourée parfois d'un décollement épithélial, et siégeant toujours sur une plaque ecchymotique noirâtre et plus ou moins infiltrée.

Rien sans doute, dans une semblable lésion, n'autoriserait à affirmer que c'est là le point par lequel le virus a pénétré dans l'économie, si l'altération des ganglions lymphatiques correspondants ne venait lever tous les doutes; on ne saurait, en effet, compter sur l'évolution morbide locale, la rapidité de l'infection générale entrave nécessairement sa marche et ne laisse pas aux phénomènes ultimes le temps de se produire.

C'est à M. Collin qu'on doit la connaissance de la marche suivie par l'infection charbonneuse dans la période d'incubation qui précède l'apparition des symptômes d'intoxication générale.

Avec la patience et l'habileté qu'il apporte dans ses recherches physiologiques, il a montré que les ganglions lymphatiques sont les premiers organes à acquérir la virulence à la suite du dépôt ou de la pénétration du virus charbonneux dans un point de l'organisme, et que ces ganglions deviennent virulents d'une manière successive, suivant l'ordre de leur situation sur le trajet des lymphatiques partant des points d'inoculation.

Ces faits, que peut reproduire la médecine expérimentale, et dont l'exactitude absolue ne saurait être mise en doute, permettent, on le comprend, dans une autopsie de remonter au point de départ de l'infection virulente et, aussi sûrement que lorsqu'il s'agissait de la pustule maligne, ont conduit à la lésion de la muqueuse.

La marche ultérieure de l'infection charbonneuse a encore été déterminée par M. Collin. Après avoir montré que les ganglions correspondant au point d'inoculation étaient les premiers atteints, et que la virulence se montrait d'une manière successive en suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques, il a établi que ces ganglions se transformaient en foyers virulents, à la fois par apport et par régénération du virus charbonneux dans leur tissu ou dans les liquides dont ils sont imprégnés, — que, pendant un certain temps, ils sont avec la piqûre et son œdème environnant, les seules parties de l'économie douées de propriétés virulentes, — que, réceptacles et régénérateurs du virus, ils sont des foyers en pleine activité pendant l'incubation et jusqu'aux dernières périodes de la maladie, — que leur activité se décèle par la tuméfaction, l'œdème, la teinte rougeâtre, l'hémorrhagie interstitielle; en un mot, par une irritation spécifique, par des propriétés nouvelles, et le développement des bactéridies, — qu'enfin ils sont, avec la piqûre et son infiltration périphérique, les foyers d'où procède l'infection générale de l'économie.

On comprend dès lors, sans difficulté, pourquoi les pustules malignes sont accompagnées de traînées rougeâtres suivant le trajet des lymphatiques, pourquoi les ganglions s'engorgent et deviennent douloureux, comment enfin l'infection générale, lorsqu'elle commence, prend une marche si rapide et s'accuse par des lésions dans presque tous les viscères.

Passons donc à l'étude de ces altérations générales telles que les révèle l'autopsie.

Habitude extérieure. Le corps a une tendance manifeste à la putréfaction. Les parties déclives s'infiltrent; l'abdomen est ballonné; le tissu cellulaire sous-cutané laisse développer des gaz qui soulèvent et distendent la peau sur divers points, notamment là où la peau est fine, on voit des taches marbrées, violacées, on dirait que ces régions ont été le siège de contusions violentes. — Une odeur infecte attire les insectes ailés.

Tissus divers. — Les tissus divers sont infiltrés d'une sérosité tantôt citrine, tantôt, au contraire, foncée, brune. Leur consistance est diminuée et les adhérences normales singulièrement relâchées. Leur couleur, indépendamment des suffusions hémorrhagiques, est modifiée, et la teinture nouvelle qu'ils empruntent à la matière colorante du sang sortie des globules n'est pas atténuée par le lavage. Mais nulle part on ne trouve ni pus ni traces d'un travail phlegmasique.

Appareil circulatoire. Sang. — Tous les vaisseaux sont gorgés d'un sang noir, épais, poisseux, fluide, colorant en rouge brun les mains et les corps étrangers. — La fibrine est sensiblement diminuée; les globules déchiquetés laissent sortir leur matière colorante qui se dissout dans le sérum.

Ces altérations expliquent et la fluidité et l'incoagulabilité du liquide, en même temps que la formation des taches noires, des suffusions sanguines et des infiltrations séreuses plus ou moins colorées.

Mais l'altération caractéristique consiste dans la présence d'un microbe spécial découvert par Davaine et appelé *bactéridie*. Nous avons insisté sur le rôle qu'il joue, dans le chapitre consacré à la genèse et à l'étiologie du charbon, arrêtons-nous sur ses caractères propres.

Les bactéridies se présentent sous forme de petites baguettes très-déliées, simples, unies, d'un diamètre égal dans toute leur longueur, transparentes et brisées carrément à leurs extrémités. — Elles n'exécutent jamais de mouvements. — Leur nombre est considérable, il est en raison directe de l'intensité de l'infection générale. — Elles résistent à l'action de l'eau, des alcalis et des acides, mais la putréfaction les fait rapidement disparaître.

Elles se conservent intactes dans le sang desséché et résistent au froid, quelque intense qu'il soit. La chaleur, au contraire, nous l'avons vu, les détruit : à 44° elles ne peuvent plus se développer. Les agents, dits antiseptiques, les tuent lorsqu'ils se trouvent dans le liquide virulent en proportion convenable, mais de même une quantité minime entrave leur développement, et ce fait a une très-grande importance au point de vue thérapeutique.

La bactéridie est essentiellement aérobie, il lui faut pour vivre un milieu oxygéné et c'est aux dépens de l'oxygène du sang qu'elle se développe : elle amène donc forcément dans ce liquide des modifications incompatibles avec la vie.

Bollinger veut que la cause de la mort soit attribuée à des embolies bactéridiennes. Nous ne saurions partager cet avis. Pasteur invoque les phénomènes asphyxiques dus à l'anoxémie, et Colin l'altération même du sang dans son ensemble. Il est difficile de se prononcer entre les deux rivaux et il est probable que tous les deux ont raison ; l'anoxémie déterminée par les bactéridies constituant une des lésions principales du liquide sanguin, mais n'étant pas la seule qu'on rencontre.

On trouve, dans les vaisseaux, quelques grumeaux sans consistance formés de globules agglomérées et de bactéridies, mais on ne trouve pas les lésions caractéristiques de l'embolie. Partout les lésions revêtent le même caractère, s'il y a obturation des vaisseaux, c'est dans les capillaires qu'on l'observe et non dans les vaisseaux d'un certain calibre, comme il arrive pour l'embolus.

Ces vaisseaux d'ailleurs sont gorgés d'un sang noir et plutôt fluide, et cette altération se rencontre dans tous les organes : cerveau, foie, rein, etc.

Le système lymphatique n'est pas moins malade : les ganglions gonflés sont ramollis et friables ; ils sont ecchymosés et infiltrés d'une sérosité sanguinolente qui rappelle celle des lésions locales.

Les vaisseaux lymphatiques sont distendus et le liquide qu'ils renferment est trouble et rougeâtre. — On y trouve des bactéridies mais jamais de globules purulentes.

Les cavités séreuses : Péricarde, péritoine, plèvres, renferment de la sérosité, tantôt citrine, tantôt colorée. Quand le gonflement œdémateux a envahi la poitrine, le médiastin est infiltré. Il en est de même de l'épiploon.

Le tube digestif est le siége d'hémorrhagies interstitielles. La muqueuse est fortement colorée, surtout dans les parties déclives, elle se détache avec la plus grande facilité des tuniques sous-jacentes toujours plus ou moins infiltrées. — Les vaisseaux sont distendus et gorgés de sang.

La *rate* a doublé ou triplé de volume. Sa surface extérieure est livide. A la coupe, elle laisse échapper le sang incoagulé qui la gorge outre mesure sous forme d'une bouillie noire. Si l'on presse et qu'on lave le tissu splénique, on entraine facilement tout le putrilage infect qu'elle renferme et on met à nu le canevas fibreux de l'organe qui reste coloré en rouge foncé.

Le *foie*, le *rein* sont également ramollis et se laissent déchirer très-facilement. Ils sont encore augmentés de volume et présentent les altérations que nous avons signalées pour les autres organes.

On voit, en effet, que ces lésions sont partout les mêmes : hémorrhagies interstitielles et infiltration œdémateuse. Les modifications apparentes ne tiennent absolument qu'à la nature et à la structure de l'organe. C'est là un fait qui vient confirmer la thèse formulée par M. Colin, que les ganglions lymphatiques, successivement envahis, sont les organes de propagation de l'infection charbonneuse et qu'une fois envahis, ils se comportent comme autant de foyers propres et distincts. Il est, en effet, facile de concevoir que chaque foyer reproduit les lésions primitives et que dès lors, à l'autopsie, on ne peut que trouver ces lésions partout reproduites avec leurs caractères propres (1).

A suivre. Dr A. Gassot.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE AIGUË

(*Suite*).

« Nous n'avons pas à traiter des pneumonies, a dit M. le professeur Peter, mais des pneumoniques. Aussi me garderai-je bien, ajoute ce savant maître, de conclure du savetier au financier, de l'homme de l'hôpital à l'homme de la ville, du citadin au paysan, et ce que je dis ici du Parisien n'est pas vrai du Bourguignon, buveur de vin, ne sera pas applicable au Normand, buveur de cidre; enfin, même en Bourgogne, ce qui est bon à l'habitant des riches coteaux du Dijonnais ne le saurait être à celui des stériles contrées du Morvan. »

Les lésions pulmonaires auront la même intensité, l'autopsie révèlera des lésions presque semblables, mais l'évolution de la maladie n'aura pas été la même selon les individus. De là des pneumonies aiguës chez les enfants, chez le vieillard, chez l'homme adulte et vigoureux ; chez la femme épuisée par la grossesse, chez les syphilitiques, chez les alcooliques, etc. La question de terrain, au point de vue thérapeutique, a donc une importance capitale.

Nous allons donc examiner les *indications d'après l'état antérieur du sujet.*

Pneumonie des enfants. — Il faut bien remarquer que nous ne parlons pas ici de la bron-

(1) Voir le numéro du 10 avril 1880.

chio-pneumonie qui, jusqu'à Barthez et Rilliet, était, la plupart du temps, confondue avec la pneumonie lobaire. Mais aujourd'hui que la distinction est nettcment établic, la pneumonie lobaire ehez l'enfant est considérée comme une maladie bénigne dont le pronoctic est rarement défavorable.

« C'est à peine si je pourrais être accusé d'exagération, en vous disant que la pneumonie franehe guérit *toujours* chez les enfants âgés de *deux à quinze ans.* » (Cadet de Gassicourt.)

Ziemssen, sur deux cent-une pneumonies de l'enfance n'a perdu que sept malades. Barthez cite deux eas de mort sur deux eent douze et c'étaient deux eas de pneumonie double.

« La pneumonie franche guérit toujours chez l'enfant, quand elle est simple, limitée à un seul poumon et *quand elle n'est pas soumise à une médication hyposthénisante,* » (Picot et Despine). Nous recommandons eette phrase à la méditation des praticiens.

Quant aux pneumonies développées chez les enfants *de zéro à deux ans*, la question de pronostie exige des réserves expresses.

Barthez et Rilliet disent que les pneumonies à cet âge sont très-dangereuses lorsqu'elles occupent le sommet, parce que souvent elles se compliquent d'accidents cérébraux graves, surtout chez ceux qui souffrent d'une dentition laborieuse. La plupart des auteurs (Valleix, Vernois, Bouchut, Barrier, Rilliet et Barthez) ont cité de nombreux cas de mort. Il s'agirait, comme le fait très-bien remarquer M. Cadet de Gassicourt, de savoir s'il ne s'agit pas, dans ces cas, de bronchio- pneumonies.

M. Hanot rapporte, sur ce point, l'opinion du professeur Parrot qui confirmerait absolument les prévisions de M. Cadet de Gassicourt. Pour M. Parrot la pneumonie lobaire n'existe pas chez les nouveau-nés; jamais, du moins, il n'a eu l'occasion d'en rencontrer d'exemples, soit eliniquement, soit à l'amphithéâtre d'autopsie.

Les complications de la pneumonie des enfants peuvent seules légitimer une intervention thérapeutique. Ces complieations sont de trois ordres : adynamiques, comateuses ct enfin éelamptiques. Cette dernière forme est spéciale à l'enfance.

Il faudra toujours se souvenir d'ailleurs que, même dans les formes les plus graves, en apparence, les pneumonies aiguës chez l'enfant, guérissent presque toujours.

Pneumonie des vieillards. — La pneumonie des vieillards a été particulièrement bien étudiée par Dechambre et Hourmann, Beau, Gillette, Durand-Fardel et Charcot.

Longtemps on attribuait à la pneumonie des vieillards, certaines allures mystérieuses tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue symptomatique.

Les travaux des médecins distingués que nous venons d'énumérer vinrent montrer que, chez le vieillard, ces pneumonies anormales étaient des bronchio-pneumonies méconnues.

Mais là s'arrête le rapprochement avec l'enfance. La pneumonie lobaire, ehez le vieillard, évoluant sur un terrain profondément modifié par l'âge, chez des individus dont, par conséquent, les organes principaux ont reçu de profondes atteintes, la pneumonie est partieulièrement grave et, le plus souvent, suivie de mort.

La pneumonie des vieillards se termine quelquefois par un état apoplectique où le malade succombe. Parfois aussi l'attaque s'accompagne d'une hémiplégie (hémiplégie pneumonique de MM. Charcot et Lépine). D'ordinaire eet accident relève d'une ischémie ou d'un véritable ramollissement cérébral, résultats de lésions artérielles antérieures, et des troubles circulatoires qui sont le fait de la pneumonie elle-même (Hanot).

La pneumonie secondaire. — La pneumonie, dit Grisolle, peut se développer dans le cours de toutes les maladies aiguës et ehroniques, et certaines d'entre elles se compliquent si fréquemment d'inflammation pulmonaire, qu'il est impossible de nier leur influence, soit comme cause prpéondérante, soit même comme excitante de la maladie intereurrente. » La marche, et la signification propre de ces pneumonies secondaires réclament nécessairement de la part du médecin une attentiou toute particulière. Elles donnent souvent lieu à une thérapeutique spéciale, — en effet, ces différents terrains donnent à la maladie un cachet distinctif, et des partieularités eliniques eapables d'influencer les règles générales du traitement.

Avant d'abordcr le traitement de la pneumonie ou plutôt avant de passer en revue les nombreuses médications et les très-nombreux médicaments préconisés dans la pneumonie, il est bon de résumer les considérations qui précèdent.

Voici les conclusions de M. Hanot :

Il existe une pneumonie aiguë lobaire régulière qui tend spontanément à la guérison et se termine du cinquième au neuvième jour par une crise naturelle, représentée surtout par une défervescence caractéristique. Il faut se garder, dans l'appréeiation des divers modes de traitement, d'attribuer cette défervescence à la médication employée.

Toutefois même dans cette évolution régulière, nous avons relevé la haute élévation relative à la

température, et à côté du chiffre resté à peu près normal des globules rouges, une élévation des globules blancs parallèle en quelque sorte au tracé thermique. La pneumonie franche est une maladie à tracé thermique élevé, sans doute, mais de peu d'étendue ; une maladie qui n'anémie pas ou n'anémie que peu : mais côtoie la suppuration ; la réparation hématique dans la convalescence se fait rapidement et spontanément.

L'évolution peut s'achever sans production de symptômes assez pénibles pour obliger à une thérapeutique active, sans aucune complication : la douleur de côté, la dyspnée sont modérées ; l'élévation thermique se maintient au-dessous de ces chiffres élevés où elle devient dangereuse pour elle-même.

Ce type franc n'est pas une abstraction ; on le rencontre souvent sur le terrain pratique, et se montre tel en dehors de toute médication active.

Uue question préjudicielle reste à juger : dans les cas où tout, au début, permet de supposer que la pneumonie sera régulière, n'est-il pas toujours à craindre que la prévision soit déçue et qu'on voie survenir des complications qui eussent pu être évitées ou amoindries, par une médication convenable, en quelque sorte préventive?

La pneumonie aiguë régulière, dit encore M. Hanot, est passible de nombreuses variantes : à chacune d'elles s'applique une médication spéciale.

Tantôt le médecin devra combattre l'exagération des symptômes habituels de la douleur du côté, de la dyspnée, de l'élévation de la température ; ou l'apparition des symptômes généraux inaccoutumés ; état bilieux, état ataxo-adynamique.

Tantôt il devra s'attaquer à des complications d'ordre surtout anatomo-pathologique ; suppuration du poumon, pneumonie du sommet, pneumonie double, bronchite, pleurésie, congestion pulmonaire, insuffisance cardiaque, péricardite, méningite, congestion rénale, etc.

D'autres fois la thérapeutique sera subordonnée aux divers modes de marche de la maladie et se relâchera ou deviendra plus pressante, suivant que la pneumonie sera abortive, à durée prolongée, migratrice, périodique, etc.

D'ailleurs, elle s'inspirera toujours de l'état du sujet avant l'éclosion de la maladie (âge, conditions sociales, tempérament, grossesse), des divers états morbides, où il se trouvait déjà (alcoolisme, diabète, maladie de Bright, rhumatisme, goutte, fièvres graves, etc.).

Tels sont les éléments si complexes du traitement de la pneumonie aiguë. Ajoutons que la difficulté est encore augmentée par le dogmatisme que les diverse écoles médicales ont apporté dans cette question (1).

D[r] P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les chiffres que nous avons publiés, au sujet de l'assurance sur la vie, portent sur trois plans d'assurance combinés avec le mode particulier d'emploi des bénéfices que l'on appelle l'accumulation des bénéfices.

Ce mode d'assurance n'est aussi avantageux, que parce que l'assuré consent à l'avance à perdre tous ses versements, s'il vient, par une circonstance quelconque, à ne plus pouvoir verser ses primes.

Il n'y a, pour parer à ce grave inconvénient, que deux moyens : 1° Verser plusieurs, ou la totalité de ses primes. Mais, ce mode de procéder est loin ~~d'être~~ *à la portée du plus grand nombre* d'entre nous.

2° Créer une caisse de prévoyance, qui, en cas de défaillance, serait à même de faire les versements que ne pourrait opérer l'adhérent du *Concours Médical*.

Constitution de la caisse.

Par convention spéciale avec la C[e] la New-York, il est entendu, 1. que, toutes les fois qu'un adhérent du *Concours*, contracte assurance, une somme déterminée est allouée par la C[e] à la caisse de prévoyance.

2. Que les fonds de cette caisse sont versés à la Banque de France par les soins d'une *commission* composée de confrères assurés et adhérents du *Concours*, chargés de la gestion de cette caisse.

Les membres de la commission n'ont aucun maniement de fonds; ils délivrent reçu et retirent certificat de dépôt à la Banque.

Cette caisse est indépendante de celle du *Concours Médical*.

Les calculs les plus précis démontrent que les versements, opérés en faveur de la Caisse de prévoyance, sont suffisants pour payer le 1/5[e] de la prime de première année.

La Caisse constituée sur ces bases pratiques et solides, dès qu'un adhérent du *Concours* vient à ne pouvoir payer sa prime, il exerce un véritable droit qui sauvegarde absolument tout sentiment de dignité, en réclamant l'intervention de la Caisse de prévoyance. Il transfère à celle-ci sa police; on fait le versement à son lieu et place et, dès qu'il est en mesure, il restitue ce capital avancé en son nom et les intérêts. La Caisse a sauvegardé sa situation et n'a couru aucune espèce de risques. Nos situations médicales étant peu su-

(1) La thèse d'agrégation du D[r] Hanot, remarquable par le sens clinique, par la clarté du style, par l'érudition, est éditée en un vol. in-8, à la librairie J.-B. Baillière.

jettes à varier, dans le cas, peu probable, où le confrère aurait trop préjugé de ses forces et reconnaîtrait qu'il ne pourra jamais verser ses primes dans l'avenir, la caisse les versera pour son propre compte et, en cas de décès, restituera à la famille le montant des versements. Dans le cas où le confrère atteindrait l'âge où il aurait touché des bénéfices, l'administration de la caisse les lui répartira, seulement dans la proportion des versements effectués par lui-même. Aucune perte possible pour la caisse, aucune pour l'adhérent assuré.

Les versements à la caisse s'opèrent quel que soit le mode d'assurance choisi par nos adhérents. Cette organisation, si simple, qui est seule à la portée d'une collectivité, réalise l'assurance à la portée de tous nos confrères. Un règlement, mûrement étudié, régira d'une façon définitive la Caisse de prévoyance à laquelle, s'il y avait lieu, le *Concours Médical* pourrait prêter assistance par ses propres ressources.

Compte-rendu de la vingt-et-unième séance annuelle de l'Association générale des médecins de France.

(Suite).

Le secrétaire général, M. Amédée Latour, signale ensuite le grave danger que courrait l'application de la loi de *protection des enfants* du premier âge, si les conseils généraux continuaient à se montrer si dérisoirement parcimonieux, dans les indemnités accordées aux confrères chargés de ce délicat et pénible service. Diverses sociétés locales insistent sur ce sujet.

D'autres sociétés souhaitent que les professeurs de médecine légale consacrent quelques heures, tous les ans, à faire connaître, à leur jeune auditoire l'association, dans son but, son fonctionnement, ses bienfaits, son grand avenir.

La société de Toulon a été d'avis d'insister pour que l'autorisation d'exercer en France, soit énergiquement refusée aux médecins étrangers non reçus par une Faculté française et que si le gouvernement était contraint à déroger à cette règle, ce ne soit jamais qu'à titre de réciprocité de la part de la nation favorisée.

Une question fort délicate a été agitée dans la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry. Un de ses membres a posé cette question en ces termes :

Les médecins militaires peuvent-ils, doivent-ils faire de la pratique civile ?

Et, comme conclusion des observations qu'il a présentées à cet égard, il a soumis à la Société les résolutions suivantes :

« Ne pourrait-on pas demander au ministre de la guerre de ne donner en aucune façon aux médecins militaires le droit ou la faculté d'exercer librement ou ouvertement la médecine civile, et d'intimer à tous les chefs de corps de tenir la main à ce que les officiers de santé placés sous leurs ordres ne s'occupent uniquement que de leurs fonctions militaires ?

« Ceci peut paraître un peu radical, mais cependant ce fait existe déjà dans l'armée, car, depuis un certain temps, parait-il, il est défendu aux vétérinaires militaires d'empiéter sur leurs confrères civils.

« Ou enfin, si cela se peut, je demanderais que le médecin militaire soit soumis à l'impôt de la patente dès qu'il exerce dans la clientèle civile. »

Après une discussion, que nous aurions voulu trouver plus étendue dans le compte-rendu, la Société a rejeté cette conclusion, et en a adopté une autre que je me permets de qualifier de très-spirituelle :

« La Société médicale de l'Aisne :

« Considérant que la pratique civile ne peut être interdite aux médecins militaires sans porter atteinte aux droits qui leur sont conférés par leur diplôme ;

« Considérant, d'autre part, que les avantages pécuniaires et autres, assurés par l'Etat aux médecins militaires, leur créent une situation bien supérieure à celle des médecins civils;

« Emet le vœu :

« Que l'Etat, pour faire cesser cette irrégularité, supprime la patente des médecins ainsi que l'impôt sur les chevaux et voitures. »

Après avoir constaté les progrès de l'Association comme personnel, richesse et assistance sous toutes ses formes, le secrétaire général avoue que les espérances conçues du côté de la défense de nos droits et de la protection de nos intérêts ne se sont pas encore réalisées. Le Conseil général ne croit pas que le gouvernement ou le parlement, au milieu des préoccupations politiques actuelles, soient disposés à se livrer, avec fruit, aux études nécessaires à l'élaboration d'une loi organique sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et conseille la patience.

M. Bucquoy lit ensuite son rapport sur les demandes de pensions viagères. Les fonds dont peut disposer la caisse, sont suffisants pour satisfaire à toutes les exigences. Ils permettent la distribution d'une pension de 500 francs, 3 de 400 francs, 8 de 300 fr. et l'augmentation de 8 pensions déjà délivrées. En résumé, les 61 pensions en cours absorberont une rente annuelle de 22.600 fr. et un capital d'environ 450,00 fr.

Après cette lecture, M. Durand-Fardel propose que la cotisation, fixée à 12 fr. par les statuts, soit portée à 20 fr. Cette modification est renvoyée à l'examen des sociétés locales.

La société de la Savoie réclame une modification aux réglements qui régissent l'inspectorat des stations thermales. Le vœu n'est pas pris en considération.

« *Nous avons donné in extenso, dans le numéro 16 du Concours Médical, le rapport de* M. *Brun sur la question des assurances entre médecins.* »

Plusieurs vœux, lus par M. MARTINEAU, au nom des Sociétés de Rochefort, de Castres, de Vaucluse et de la Loire, sont rejetés.

M. GUIBERT, au nom de M. Doisneau (Mayenne), obligé de s'absenter, demande si les inspecteurs des poids et mesures ont le droit de vérifier les poids des médecins qui vendent des médicaments et, par suite, de faire payer la taxe.

Me GUERRIER fait observer que cette question a été jugée il y a plusieurs années et qu'il en résulte que les médecins qui vendent des médicaments sont astreints aux mêmes visites que les pharmaciens et les commerçants.

M. MOUGEOT (Aube) renouvelle la demande des années précédentes, à savoir : que les séances des assemblées générales de l'Association soient fixées à une autre époque, afin que les présidents, membres du Conseil général de leur département, que les députés et les sénateurs puissent assister aux assemblées de l'Association générales,

A la demande de plusieurs membres, l'ordre du jour est voté.

M. LECADRE (Seine-Inférieure) demande qu'à l'avenir, le chiffre minimum des pensions viagères soit de 400 francs. En outre, il demande que le Conseil général fasse des démarches pour obtenir du ministre de l'intérieur que les médecins soient admis, au nombre de deux, dans les commissions administrative des Hospices.

Me GUERRIER fait remarquer qu'une Société de secours mutuels ne doit pas s'immiscer dans une question qui a été résolue par une loi.

M. CORNIL : La loi, il est vrai, ne prévoit pas l'entrée des médecins dans les susdites commissions, mais elle ne les exclut pas non plus. Ils peuvent en faire partie comme tous les citoyens nommés par le préfet ou par le conseil municipal. En fait, c'est ce qui arrive le plus ordinairement. Comme Me Guerrier, je ne crois pas que l'Association doive s'occuper de cette question.

M. LE PÉRSIDENT : L'ordre du jour est épuisé. Avant de lever la séance, je remercie MM. les délégués des Sociétés locales de leur assiduité et du zèle qu'ils apportent au fonctionnement et à la prospérité de notre grande et belle Association générale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de physiologie, contenant les principales notions de la physiologie comparée, par J. Béclard, professeur de physiologie à la faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, etc. Septième édition, première partie (fonctions de nutrition). (1)

Tous ceux qui ont passé sur les bancs de l'école de médecine connaissent la *Physiologie* de Béclard, ce livre classique qui restera comme un modèle d'exposition et de style. Depuis dix ans, époque à laquelle remonte la sixième édition, la science physiologique a fait de grands progrès, elle a profité des découvertes des sciences sœurs auxquelles elle emprunte ses instruments, ses procédés et ses méthodes. Aussi cette nouvelle édition a-t-elle subi de profonds changements. Le fond et la forme ont été tellement remaniés que l'on a affaire à un livre vraiment nouveau et mis au courant des dernières découvertes. Mais ce qu'on y retrouvera toujours, c'est le même ordre d'exposition, ces divisions consacrées par un long usage et qui sont tout aussi bonnes que celles par lesquelles on a voulu les remplacer. Peu importent les divisions, du reste, quand l'essentiel est de ne point oublier que les divers actes biologiques sont enchaînés les uns aux autres par des liens réciproques et que toutes les fonctions concourent à un but commun.

Cette première partie est consacrée à la nutrition. L'auteur a surtout remanié ce qui a trait au sang, à la respiration, à la chaleur animale, aux secrétion, à la glycogénée, à la nutrition. On sait, du reste, les modifications profondes que l'étude de ces diverses fonctions a subies dans ces derniers temps.

La seconde partie, qui doit paraitre à la fin de cette année, comprendra la physiologie des organes du mouvement, du système nerveux, des organes des sens. Elle se terminera par les fonctions de génération et de reproduction.

Signalons aussi les figures intercalées dans le texte et dont la plupart ont été renouvelées, et sachons gré à l'habile et aimable professeur d'avoir disséminé dans son livre de nombreuses indications bibliographiques si utiles à tous ceux qui veulent approfondir une question.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay. Tome. VI, fascicule1, Maladies de l'abdomen (*suite*) (1).

L'œuvre magistrale commencée par Follins, et continuée avec tant de bonheur par Simon Duplay, progresse avec cette sage lenteur qui est un sûr garant du mérite et du succès. Cinq volumes ont déjà paru et nous avons sous les yeux le premier fascicule du tome VI. Dans le cinquième, l'auteur, parcourant méthodiquement les maladies des régions, continuait par les affections du cou y compris entre autres, celles de la région parotidienne, du pharynx, de l'œsophage, développait ensuite les maladies de la poitrine presque aussi nombreuses, sinon aussi fréquentes, en chirurgie qu'en médecine, celles de la région mammaire et arrivait aux maladies de l'abdomen. Le premier fascicule du tome VI n'est que la continuation de ce chapitre particulier de la chirurgie; il est spécialement consacré aux hernies dont la connaissance est importante dans l'exercice de notre

(1) Un vol. de 784 pages. Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, prix 10 fr.

(1) Un vol. in-8. Librarie G. Masson, Boulevard Saint-Germain, 120.

art. On connaît déjà le plan du livre et la manière uniforme suivant laquelle procède l'auteur. Prenons par exemple les maladies de l'abdomen. Un premier article est consacré aux lésions traumatiques : contusions, ruptures de viscères, plaies, etc. Le second article comprend les lésions vitales organiques : maladies inflammatoires, pustules, tumeurs. Le troisième est celui des hernies. Nous n'entrons pas ici dans les nombreux détails que comporte un sujet si vaste et si fécond en renseignements variés, nous dirons seulement qu'au point de vue pratique on y trouvera tous les procédés de traitement susceptibles d'être employés, soit qu'il s'agisse de réduction, d'étranglement, d'accidents herniaires, etc. On lira surtout avec intérêt le manuel opératoire de la kélotomie ou opération de la hernie étranglée, opération d'urgence s'il en fut, à laquelle tous les médecins doivent être préparés, car la statistique démontre que la gravité se tire principalement du retard qu'on a mis à y recourir.

Nous ne dirons rien de l'exposition si claire et de la division méthodique de cet ouvrage, ce qui permet, au moyen de tables, de trouver immédiatement le renseignement dont on a précisément besoin.

Dr A. B.

CHRONIQUE

—

D'un jugement rendu au profit de M. Doin, libraire-éditeur, demeurant à Paris, place de l'Odéon, n. 8, contre M. Gardy, pharmacien, demeurant à Paris, rue Caumartin, n. 45, par la troisième chambre du Tribunal civil de la Seine, le 4 mars 1880, enregistré, il a été extrait ce qui suit :

Le Tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoiries : Porée, avocat, assisté de Lemonier, Milliard, avocat, assisté de Leboucq, avoué de Gardy, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort ;

Attendu que Gardy, pharmacien à Paris, est vendeur d'un produit pharmaceutique dit l'*huile de Gabian*, qu'il fait connaître au public au moyen d'annonces dans les journaux ;

Attendu que, pour augmenter cette publicité, et dans un intérêt facile à comprendre, il a fait faire un tirage à part d'un article de M. le docteur René Blache sur l'*huile de Gabian*, paru le 15 décembre 1878, dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, dont Doin, libraire-éditeur, est le gérant, et dont le comité de rédaction se compose de MM. les professeurs Bouchardat, Lefort et Potain ;

Attendu que Gardy a enveloppé cet article-réclame d'une couverture simulant par la couleur celle du *Bulletin de thérapeutique*, et sur laquelle le titre du *Bulletin* s'étale avec des lettres et des caractères complètement semblables ;

Attendu qu'il a envoyé ledit article ainsi enveloppé et plié, de telle façon que le titre seul de *Bulletin* sautait aux yeux, à tous les médecins de France ;

Attendu qu'il est constant pour le Tribunal qu'en agissant ainsi, sans l'aveu et sans l'autorisation du demandeur, Gardy a attiré l'attention et placé son produit sous le patronage du *Bulletin de thérapeutique* et des éminents professeurs qui le dirigent; que les destinataires des brochures, trompés par les moyens employés par lui, ont dû même croire à un envoi fait par l'administration du *Bulletin de thérapeutique ;* qu'il est certain, dans tous les cas, que l'administration des postes a partagé cette erreur, puisqu'elle a fait retour au dit *Bulletin* des brochures dont les destinataires étaient inconnus ;

Que sans doute Gardy avait le droit de publier l'article du docteur René Blache, puisque celui-ci ne se plaint pas, mais qu'il devait le faire dans les conditions ordinaires de ces réclames, en mettant sur la couverture de la brochure, en grosses lettres, comme titre : *De l'emploi de l'huile de Gabian, etc., etc.*, et plus bas en petits caractères : *Extrait du Bulletin de la Société de thérapeutique*, comme au surplus l'administration du *Bulletin* l'avait fait elle-même dans le tirage spécial qu'elle avait fait pour le docteur Blache; qu'il n'était pas permis à Gardy, à l'aide des procédés relevés plus haut, d'associer l'administration du *Bulletin de thérapeutique* à une véritable réclame commerciale, et faire croire au public qu'elle y consentait à raison des avantages pécuniaires qu'elle pouvait en tirer ;

Que Gardy a ainsi nui à la réputation de l'administration du *Bulletin de thérapeutique*, et lui a causé un préjudice dont il lui doit réparation ;

Attendu que le Tribunal possède les éléments suffisants pour apprécier la juste indemnité qui lui est due ;

Par ces motifs :

Fait défense à Gardy de livrer au public aucune brochure portant en grosses lettres sur la couverture le titre d'*Extrait du Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, à peine de 25 francs de dommages-intérêts par chaque contravention régulièrement constatée ;

Condamne Gardy à payer à Doin, administrateur-gérant dudit *Bulletin*, pour les causes susénoncées, une somme de 200 francs à titre de dommages-intérêts ;

Ordonne l'insertion du présent jugement dans deux journaux médicaux, au choix du demandeur et aux frais de Gardy; dit toutefois que le coût de chaque insertion ne dépassera pas 150 francs ;

Sur le surplus des conclusions des parties, dit n'y avoir lieu à statuer ;

Condamne Gardy en tous les dépens, dont distraction est faites au profit de Lemonnier, avoué, qui l'a requise aux offres de droit.

Signé : Quérenet et Morel.

Fait et jugé par MM. Quérenet, président; Monsarrat, Delahaye et Hélie, juges; en présence de M. Dupont, substitut de M. le procureur de la République; assistés de Morel, greffier.

La Société de géographie, dans sa première assemblée générale de 1880, a décerné l'une de ses deux médailles d'or à M. le docteur J. Cre-

vaux, médecin de la marine, pour ses voyages des Guyanes aux Amazones accomplis de 1876 à 1879. Le ministre de l'instruction publique lui a également remis, ces jours derniers, une médaille d'or à la distribution des récompenses aux membres des Sociétés savantes des départements.

Nous devons citer aussi, parmi les savants récompensés à la Sorbonne, M. le docteur Lemoine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims, pour ses belles recherches, sur la faune des vertébrés du tertiaire inférieur des environs de cette ville.

Prix de la Société de médecine de Marseille. — La Société nationale de médecine de Marseille donnera, dans le courant du mois de décembre de l'année 1880, un prix de trois cents francs au meilleur mémoire sur une question de médecine ou de chirurgie. La Société serait désireuse de voir traiter par les candidats une question d'électricité médicale.

Les mémoires, accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, doivent être adressés avant le 30 septembre, terme de rigueur, à M. le Secrétaire de la Société, rue des Beaux-Arts, 3, à Marseille.

— La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solennelle le 18 avril, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Bouillaud, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, ceux de MM. Motet et Decaisne sur le concours de 1880, et le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné: à MM. Roussel Saint-Georges et Charles Mueser, des médailles d'argent et des récompenses de 250 fr; à M. le docteur Nicolle, un encouragement de 100 fr. La Société a décerné en outre: une médaille de vermeil, 82 diplômes d'honneur, 17 médailles d'argent, 306 médailles de bronze, 1 livret de caisse d'épargne de 50 fr. et 38 de 25 fr.

VARIÉTÉS

Nous connaissons déjà la pétrification de Segato pour conserver les cadavres, et la méthode d'Effisio Marini dont on possède de magnifiques produits au Musée Orfila de Paris. Nous connaissions aussi la méthode de momification de Brunetti et de Gorini, par laquelle on conserve au cadavre la fraîcheur et la flexibilité, même après plusieurs années d'inhumation. On en eut une preuve démonstrative sur le cadavre de Joseph Mazzini, un an après le décès.

Aujourd'hui nous venons d'apprendre que le professeur Angelo Motta, de Crémone, après de longues expériences, où il a laissé sa fortune, est parvenu à perfectionner sa découverte sur la métallisation des corps. Cette merveilleuse invention lui permet de conserver les plantes, les animaux, les tissus, etc., en les réduisant à l'état métallique. La transformation est obtenue par l'électricité qui agit sur certains acides dont est imbibé le corps que l'on veut conserver.

L'illustre chimiste a eu l'honneur de présenter au roi d'Italie un vase contenant des fleurs fraîches avec leurs feuilles entièrement métallisées.

Espérons que cette importante découverte sera rendue publique, et ne mourra pas avec l'inventeur, comme il en advint du secret de Segato.

— *Nouvelle méthode de reproduction de la tuberculose.* « Des crachats expectorés par des personnes phthisiques ayant été triturés avec de l'eau dans un mortier, on fit conduire, au moyen d'un appareil à évaporation, le liquide morbide dans une chambre spéciale, où des chiens étaient soumis aux expériences, et où la vapeur infectante se mélangeait à l'air pur intérieur. Quatre chiens, qui se trouvaient constamment enfermés dans ce local, y respiraient, deux fois par jour, et chaque fois pendant une heure, l'air vicié par les précédentes évaporations; quatre autres chiens y étaient seulement renfermés une fois par jour et mis ensuite en liberté au dehors; enfin trois chiens qui, pendant l'essai expérimental, étaient enfermés dans une petite baraque de planches fort disjointes et exposée en plein air, y respiraient une atmosphère peu chargée de vapeurs tuberculeuses. Le résultat, dans ces différents essais, fut identique; il consista dans une tuberculisation miliaire des deux lobes pulmonaires et des reins même; dans quelques cas, on trouva également des nodules dans le foie et la rate. (M. Stoppeiner. *Revue de l'Echo*, par M. Gsell (*Journal de médecine et pharmacie de l'Algérie*).

CORRESPONDANCE

— Dr L., à T. (Haute-Garonne), 15 avril.
Envoyé le numéro. — Le prétexte qu'on vous oppose n'a pas de raison d'être, puisque vous pouvez offrir la gratuité. — Nous pensons que la réponse assurance, insérée no 17, ne répond pas exactement à votre question. Mais la Cie ne fait pas l'assurance quand, en cas de décès, on désire stipuler, comme vous le désirez, que le capital assuré ne soit pas versé aux ayants-droit.

— M. A., médecin à T. (Ille-et-Vilaine), no 26, 17 avril.
Votre bande d'adresse porte votre numéro de fondateur, le 26. — Prière de faire vos demandes directement aux fournisseurs du *Concours*.

— Dr L., 577 (Seine-et-Marne), 18 avril.
Vous êtes dans l'erreur. Ce ne serait que dans le cas où vous seriez connu personnellement de l'un d'eux.

— Dr C., 207 (Pas-de-Calais), 19 avril.
Prenez tout votre temps. Merci de votre actif concours.

— Dr C., 259 (Alpes-Maritimes), 19 avril.
Le Dr T. est inscrit, nous profiterons de votre conseil, lorsque l'espace dont nous disposons nous le permettra. Vous dites : « *Notre collègue, le Dr B., 111 (Maine-et-Loire), trouvera les renseignements qu'il réclame sur le thermo-cautère dans une thèse. Nancy, 1878. Dr Retherer : Le thermo-cautère.* » Merci pour lui. Il suffira qu'il adresse la demande directe de ce travail à M. Berthier, fournisseur du *Concours*.

— Dr S., 917 (Ille-et-Vilaine), 20 avril.
Inscrit MM. F. et L. Nous vous invitons à discuter le projet assurance, puisque vous vous proposez d'y recourir.

— Dr L., à N. (Gard), 20 avril.
Présenté par le Dr P. de B. Vous ne pouviez qu'être le bien venu. Vous êtes inscrit.

— Dr T., 953 (Maine-et-Loire), 20 avril.
L'inscription est faite. Nous avons eu de vos nouvelles par M. C. Vous avez pu, par votre conversation avec lui, acquérir la conviction que notre exposé assurances repose sur les bases les plus solides.

— Dr T., à F. (Ariège), 20 avril.
L'envoi complet vous a été fait. Vous n'avez rien à verser de ce chef.

— Dr L., 42 (Meurthe-et-Moselle), 21 avril.
Nous préférerions des lettres. — Le Dr Ch. est inscrit. — Prière de lui écrire pour sa collaboration. — Le mo-

ment ne nous paraît pas encore venu de la publication que vous réclamez.

— Dr E., à O. (Indre).

Nous avons vivement regretté de ne pouvoir nous entretenir avec vous. Pourquoi n'avoir pas prévenu?

— Dr D., à L. R., (Charente-Inférieure), 22 avril.

Numéro envoyé. — Table en préparation. — Nous comptons bien sur votre étude sur les Sociétés de secours mutuels. Et l'hygiène? — L'assurance que nous proposons n'est pas collective. La caisse de prévoyance seule a ce caractère, pour tous les assurés du *Concours Médical*. Prière instante de nous faire vos objections.

— Dr V. et R., à St-F. (Cantal), 23 avril.

L'inscription est faite. Nous réclamerons, plus tard, de l'un de vous deux, un service à propos de la rédaction d'un annuaire.

— Dr K., 535 (Côte-d'Or), 25 avril.

1. Vous pouvez vous baser sur la prime de cinquante ans; celle de votre âge n'en diffère pas sensiblement. Elle vous est donc accessible, vous pouvez même la diminuer de moitié en ne réclamant qu'une assurance d'un capital moitié moindre que celui de l'exemple.

2. L'*Assurance-accidents* ne comprend que les maladies spécifiées.

3. Oui, vous aurez satisfaction bientôt.

— Dr M., à M. (Vendée).

L'abonnement est fait pour un an, ainsi que l'envoi des numéros réclamés. — Vous êtes mal informé. La solidarité qui existe entre les Compagnies n'est pas de ce genre. Vous êtes dans l'obligation d'attendre l'expiration de votre assurance.

— Dr F., à T. B. (Charente-Inférieure), 19 avril.

L'examen médical devrait être passé pour vous, devant M. le Dr Duplouy, médecin en chef de la marine, à Rochefort.

— M. T., vétérinaire à L. (Finistère).

Nous avons parmi vos confrères des abonnés. Mais, jusqu'à présent, il n'est pas entré dans nos vues d'étendre notre action parmi les membres de votre honorable corporation. Pour profiter de l'assurance proposée aux membres du *Concours Médical*, il suffit d'être et continuer à être abonné tant qu'on se trouve dans le cas d'avoir recours à la caisse de prévoyance.

Vous dites: *J'ai cinquante ans, je désire me constituer une rente viagère de 2.400, payable par semestre, dans quinze ans, à dater du jour du contrat.*

Réponse: Vous aurez à payer une prime annuelle de 760 fr. 08. (au taux de 31.67 pour 100 de rente). Ou si vous le préférez, vous pourrez verser une prime unique de 7.152 fr. (au taux de 298 pour 100 de rente). Pas d'examen médical. Les primes sont acquises à la Cie, si vous veniez à décéder avant l'entrée en jouissance.

Si, ayant fait une rente payable par primes annuelles, vous cessiez vos paiements, pourvu que vous en ayez effectué trois au moins, vous ne perdrez pas le bénéfice de vos versements; mais la rente sera réduite proportionnellement au nombre des primes versées. Autrement dit: si vous cessiez vos paiements après avoir versé cinq primes, la rente prendrait cours à 65 ans, mais elle serait réduite aux 5/15 de la rente initiale, c'est-à-dire à 800 fr. (adresse: La New-York, 19 avenue de l'Opéra, Paris, M. Collet, chef du bureau de Paris).

— Dr D., à A.-A. (Nord), 20 avril.

Vous avez trente-quatre ans. Vous désirez une assurance à dater du 7 juillet, payable dans vingt ans, la prime serait semestrielle. Vous voulez toucher le 7 juillet 1900, 10 mille francs, qui, dans le cas de décès durant les vingt années, seraient payés aux vôtres.

Réponse: Contractez une assurance mixte de vingt ans au capital de 10 mille francs. La prime annuelle sera de 514.80 (par semestre 257.40); si vous payiez annuellement, la prime ne serait que de 494.90.

La prime étant toujours payable d'avance, le premier semestre devrait être soldé en échange de la remise de la police.

Remarquez que les assurances mixtes sont toujours avec participation aux bénéfices.

Si vous employez vos bénéfices à diminuer votre prime, elle sera réduite, après la première année d'assurance, à 450 fr. environ, et si vous continuez ce mode d'emploi, durant ces vingt années, votre dernière prime sera, selon toute probabilité, réduite à la moitié et peut-être à un peu moins de la moitié, de la prime initiale.

Si vous employez vos bénéfices en augmentation du capital, celui-ci s'accroîtra de 70 p. 0/0 environ.

Si vous prenez la police avec accumulation de bénéfices, vous toucherez vous-même, au bout des vingt ans, un capital de 21.000 francs environ, au lieu de 10.000 assurés. (Voyez les tableaux No 3 du No 15).

— Dr B., à St-M. (Seine).

Le Dr F. sera accepté, nous lui faisons l'envoi.

— Dr S. à R. (Ardennes).

Vous dites: *Je me suis assuré en cas de décès, à l'âge de 26 ans, pour 10.000 francs de capital, avec primes payables pendant vingt ans. Je paye 265 fr et les miens ne toucheront jamais que 10.000 francs, car je ne participe pas aux bénéfices. Le seul avantage que m'offre ma Compagnie, c'est de mourir le plus tôt possible.*

Réponse: Si vous aviez fait votre assurance selon notre proposition, vous auriez payé, à l'âge de 26 ans, pour une assurance en cas de décès, à prime pendant vingt ans, *avec participation* aux bénéfices, une prime annuelle de 273 fr. 30 cent. pour un capital de 10.000 francs. Le bénéfice s'élevant, dès la première année, à 11 p. 0/0 environ de la prime, avec une augmentation annuelle de 1 p. 0/0 plus une fraction, votre prime eût été réduite en réalité à 243 fr. 30 cent.

Si vous comparez ce résultat avec la situation que vous fait votre assurance, vous verrez que la prime de la New-York, *avec participation*, eût été, au bout d'un an, de 22 francs moins élevée que la prime de votre compagnie, *sans participation.*

Pourquoi ne pas faire une assurance nouvelle à la New-York?

— Dr C. à D. (Seine-Inférieure), 26 avril.

« *Depuis plus d'une année je suis avec un intérêt croissant les diverses phases par lesquelles passe la tâche que vous avez entreprise dans le* Concours Médical. *J'ai douté, au début; mais je suis aujourd'hui pleinement convaincu, et un de vos plus sincères adhérents, etc..., Je me propose de vous transmettre mes idées sur la grave question des syndicats... Pourquoi ne pas nous réunir à des époques régulières, non pour faire de la science (ces réunions abondent), mais pour échanger nos idées sur les intérêts professionnels, nous connaître et nous entendre, etc...* »

C'est le plus cher de nos souhaits, que ces réunions. Nous pensons qu'il ne s'écoulera pas trop de temps, avant qu'elles soient possibles. Nous attendrons votre étude syndicat.

— Dr L., 586. Meurthe-et-Moselle, 26 avril.

Les contrats signés ne peuvent être modifiés. Le Phénix ne pourrait, avec toute la bonne volonté qui l'anime à notre égard, changer les termes du vôtre, avant son expiration, en 1882. Les agents ne peuvent intervenir; la police ne peut être rédigée avec les réductions qui nous sont assurées, que par le *Bureau de Paris*. Les agents encaissent ensuite les primes dès la deuxième année et suivantes.

— Quant à la deuxième question, à notre grand regret, nous n'y pouvons rien.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 19 8 mai 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Pasteur a lu à l'académie de médecine un nouveau travail intitulé : *De l'extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies communes*, dont nous donnons une analyse succincte.

L'auteur cite d'abord un certain nombre d'observations de malades atteints de furoncle, dont le pus ensemencé dans le bouillon de muscles de poules et le bouillon de levûre, a donné lieu au développement de petits points sphériques, réunis par couples à deux grains, rarement à quatre, mais fréquemment associés en petits amas. Le sang de ces malades ensemencé de même est demeuré stérile.

Dans un cas d'ostéomyélite observé et traité dans le service de M. Lannelongue, le pus fourni par l'abcès médullaire, a également fourni, par la culture, des petits organismes semblables à ceux du furoncle. Dans ce cas, suivant M. Pasteur, l'ostéomyélite a été un furoncle de la moelle de l'os.

Enfin, dans un certain nombre de cas de fièvre puerpérale développés à la Maternité, dans le service de M. Hervieux, et à l'hôpital Cochin, le liquide des lochies, le pus de la surface de la muqueuse de l'utérus, des trompes des lymphatiques utérins, dans le péritoine, dans les articulations, etc., a été trouvé rempli d'organismes microscopiques de plusieurs sortes. La culture du sang a fourni, dans tous les cas graves, de petits organismes semblables au microbe du furoncle ou à d'autres microbes, tels que le vibrion pyogénique. Le sang de ces malades ensemencé dans les liquides de culture a fourni également des organismes microcopiques.

« On range, dit M. Pasteur, sous le nom de *fièvre puerpérale*, des maladies très-variées, mais toutes paraissent être la conséquence du développement d'organismes communs qui, par leur présence, infectent le pus naturellement formé à la surfacc des parties blessées, et qui de là, se répandent sous une forme ou sous une autre, par telle ou telle voie, sang ou lymphatiques, dans telle ou telle partie du corps et y déterminent des formes morbides variables avec l'état de ces parties, avec la nature des parasites et la constitution générale des sujets. »

M. Pasteur pense qu'en s'opposant à la production de ces organismes parasitaires vulgaires, la guérison pourrait avoir lieu dans tous les cas, excepté peut-être lorsque le corps renfermait déjà, avant l'accouchement, par la présence d'abcès internes ou externes, des organismes microscopiques.

La méthode antiseptique lui paraît devoir être souveraine dans la grande majorité des cas. On devrait, *aussitôt après l'accouchement*, commencer leur application, soit celle de l'acide phénique ou mieux encore celle de l'acide borique en solution concentrée à la température ordinaire, c'est-à-dire à 4 p. 100 environ. Cette substance est peu acide, n'est pas odorante, comme l'acide phénique, enfin son innocuité sur les muqueuses, notamment sur la muqueuse vésicale, a été et est tous les jours éprouvée dans les hôpitaux de Paris.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. de Villiers sur le concours du prix Capuron.

NOTES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçon de M. le professeur Gosselin.

Fracture transversale sans déplacement et avec conservation du périoste chez les enfants.

Au n° 33 de la salle des hommes, il y a un exemple de fracture assez commune dans la pratique. Il s'agit d'une jambe cassée chez un enfant de quinze ans; il ne faut pas dire que c'est une fracture de jambe, car on ne trouve pas la mobilité ordinaire : L'enfant n'a pas pu se relever quand il est tombé et il n'a eu qu'une douleur, assez légère.

Nous n'avons pas constaté les signes physiques ordinaires aux fractures, c'est-à-dire le déplacement des fragments en longueur ou en épaisseur, et l'ecchymose; de sorte qu'avec cette absence de signes physiques on serait porté à croire qu'il n'y a qu'une douleur légère; mais à la pression au tiers moyen, il y a une douleur très-vive, et de plus une crépitation très-fine.

Je pencherai pour une fracture, attendu qu'une simple contusion n'empêcherait pas la marche d'une façon aussi absolue; il y aurait d'ailleurs une ecchymose, une bosse sanguine. Ce qu'il y a de frappant, c'est que l'enfant ne peut marcher, et il n'a ni ecchymose, ni bosse sanguine; dans des semblables cas, il faut chercher s'il y a de la crépitation.

Quand, à la suite d'une fracture, chez un enfant, il y a impossibilité des mouvements avec une petite douleur, il faut penser alors à la fracture que l'on voit rarement chez les adultes, à la *fracture transversale*. Ordinairement elle est légèrement dentelée avec conservation d'un peu de périoste.

Les enfants se fracturent souvent les os longs, clavicule, tibia, sans déplacements ; les bords de la fracture sont dentelés et le périoste est conservé à ce niveau. Il n'y a pas de gonflement au début et, vers le dixième jour, on peut sentir le cal qui est déjà gros, ce qui prouve bien qu'il y a eu fracture.

Iritis subaiguë chez une syphilitique et un rhumatisant.

Voici une jeune femme de vingt-trois ans, qui a tous les symptômes objectifs de l'iritis : pupille contractée, quand on ne lui a pas mis de la belladone dans l'œil, adhérences du contour de la pupille, possibilité de la pupille de se dilater sous l'influence de l'atropine, ce qui permet de voir plus facilement et plus nettement les adhérences nombreuses de l'iris.

C'est une iritis subaiguë, car il n'y a pas de douleurs, et, on ne voit à l'éclairage oblique que deux ou trois taches pigmentaires, encore sont-elles superficielles.

Diagnostic étiologique. — Cette malade a eu la syphilis. Elle a été traitée à Lourcine pendant trois mois et à Saint-Louis pendant deux mois. C'est donc une iritis syphilitique subaiguë.

Le n° 12 de la salle des hommes a aussi une iritis assez prononcée, qui est due au rhumatisme.

Les signes physiques sont les mêmes que chez la malade précédente, seulement il a en moins les adhérences et la cataracte pigmentaire.

L'homme a encore, à droite, une diminution notable de la vision ; la jeune femme, au contraire, a une vision assez nette, elle a même pu lire des caractères assez fins.

A quoi donc tient cette différence entre les deux malades atteints d'iritis subaiguë? C'est qu'avec son iritis l'homme a de l'inflammation du fond de l'œil, il a de l'irido-choroïdite; la pupille est rouge, et la choroïde de l'œil gauche est recouverte de taches blanches exsudatives. En outre des dépôts d'exsudat se trouvent sur la pupille même.

Ces exsudats peuvent expliquer très-bien les troubles visuels sans compter qu'il y a encore un peu de névrite optique et un peu de compressions des fibrilles elles-mêmes.

Chez la femme, rien de semblable; on voit la pupille et les vaisseaux rétiniens à leur état normal, et il n'y a pas d'exsudats sur la choroïde.

Telles sont les causes de la différence de vision chez ces deux malades.

Ulcère récidivant de la jambe avec hypérostose du tibia. Amputation.

Le n° 3 de la salle des hommes est entré pour un ulcère récidivant de la jambe gauche, mais cet ulcère est insolite par les caractères suivants :

1° Il est extrêmement étendu et occupe en circonférence au moins les deux tiers de la jambe; seule la face postérieure est saine. En hauteur, il a environ 0.12 à 0.15 centimètres.

2° La peau autour de l'ulcère est dure, adhérente aux parties sous-jacentes, ce qui ne lui permet pas de glisser. C'est une hypertrophie sclérotique des fibrilles du tissu conjonctif.

3° Quelques varices qui, cependant ne sont pas très-considérables, occupent différentes parties de la jambe.

4° Le tibia lui-même est hypertrophié: il a doublé de volume dans sa largeur. Cette hypérostose a été occasionnée par une fracture.

En 1870, le malade s'est cassé la jambe, et c'est après cet accident que le tibia a commencé à s'hypertrophier. Le siége de la fracture n'est pas parfaitement indiqué par les signes physiques. Cette hypérostose a été consécutive d'abord à la fracture, je crois que celle-ci, seule, n'eût pas amené cette hypérostose. Il a dû se transmettre une inflammation profonde de l'ulcère au périoste et à l'os. Certains sujets ont facilement cette hypertrophie osseuse, et chez ce malade, elle s'est faite aux deux premiers ulcères, car c'est pour son troisième qu'il vient d'entrer à l'hôpital.

Il est difficile de dire quelle a été la part de la fracture et qu'elle a été celle de l'ulcère dans l'hypérostose.

5° Enfin, l'articulation tibio-tarsienne est ankylosée, mais incomplétement cependant.

Ce malade est dans les conditions les plus défavorables pour guérir. Déjà il a été traité deux fois dans mon service, mais la récidive se fait toujours, et la peau est devenue épaisse et adhérente aux tissus voisins. Il faut qu'il fasse, au moyen de la cicatrisation, un tégument neuf avec sa peau qui est dure et épaisse. De plus, les téguments nouveaux s'ulcèrent facilement, et la cicatrisation se fait lentement, de sorte qu'une nouvelle ulcération se fera sur la cicatrice. Ainsi la maladie ne guérira pas ou si elle guérit elle récidivera.

En outre, il faut qu'il fasse une peau nouvelle sur une jambe augmentée le volume, cela même l'expose plus encore à faire une cicatrice insuffisante.

Ce malade n'ayant que 47 ans, je lui ai proposé l'amputation, car les tibias qui sont atteints d'hypérostose sont moins exposés que les autres à l'infection putride. En effet, le canal médullaire est effacé en grande partie; il reste les vaisseaux sanguins et il n'y a pas de grandes cavités dans lesquelles le pus puisse séjourner. Au reste on n'aura pas la guérison sans amputation. Nous emploierons la méthode circulaire elliptique, en ayant soin de laisser le plus possible des parties molles pour recouvrir les os; puis, nous ferons le pansement soit avec du coton ou un drain selon la méthode d'Azam, soit avec de l'alcool.

DE L'ECLAMPSIE ET DE SON TRAITEMENT.

L'éclampsie est une maladie grave, complexe, dont la nature a été très-controversée et dont l'histoire nous entrainerait trop loin; nous voulons nous borner à rappeler les traits principaux de la maladie et son traitement.

Pour mieux décrire l'accès éclamptique, M. Depaul divise l'accès en trois périodes :

1° Une période d'invasion.

2° Une période de convulsions toniques.

3° Une période de convulsions cloniques.

Nous suivons la description du savant professeur :

Période d'invasion. — Quand on suit avec soin tous les mouvements d'une femme qui a déjà eu des accès d'éclampsie et qui est étendue sans connaissance, il semble à un certain moment qu'elle perçoive plus distinctement les excitations extérieures; l'agitation augmente, elle remue, se retourne et paraît impatiente, puis elle reste un instant tranquille dans le décubitus dorsal.

La tête seule continue cette agitation, qui tout à l'heure s'était emparée de tout le corps, et on la voit se balançant à droite, à gauche, par un mouvement très-irrégulier; les yeux plus animés paraissent plus vifs, plus intelligents, si je puis m'exprimer ainsi : bientôt ils roulent de haut en bas et de gauche à droite, le plus généralement; un frémissement général court sous la peau du visage et semble attaquer de préférence les ailes du nez, qui bientôt se lè[illegible] et s'[illegible]ssent en dilatant et resserrant succe[illegible] les narines: les membres reçoivent des secousses intermittentes comme celles qui seraient produites par un courant galvanique, puis les bras se retournent en pronation, l'avant-bras fléchi sur le bras, le pouce, en général, dans la région palmaire, emprisonné par les doigts. Vous voyez ce mouvement s'opérer progressivement et en même temps le début de la deuxième période est annoncé par la fixité de l'œil qui est, le plus souvent, je pourrais presque dire toujours, tourné en haut et à gauche. Pas un cri, pas un mot qui fasse prévoir l'accès; la chose s'est passée insciemment pour la femme qui est, le plus habituellement, lorsque nous la voyons pour la première fois, dans un coma profond.

Deuxième période. — Ici commence la période des convulsions toniques. Les mouvements de va-et-vient de la tête et des yeux s'arrêtent, ceux-ci dirigés tous du côté gauche, la tête inclinée sur l'épaule droite, la face, entrainée du côté opposé, semble fixer d'une manière effrayante un objet placé au-dessus d'elle; l'expression du regard ne peut être défini; l'œil est fixe, sans expression, si ce n'est peut-être celle de l'épouvante, la pupille dilatée, la bouche entr'ouverte; la langue tremblotante s'avance lentement entre les mâchoires écartées. Le visage, d'abord pâle, devient livide, la respiration est pénible, brève, courte, saccadée. Tous les muscles de la vie de relation sont en proie à la convulsion tonique; les bras, les jambes se roidissent de plus en plus. La tendance de tout le corps à se porter du côté gauche est habituelle ; on pourra trouver dans les bulletins de la Clinique les observations de deux femmes tombées de leur lit pendant cette période de l'accès éclamptique, et la chute eut lieu dans les deux cas du côté gauche. *(A suivre).*

PANSEMENT DES BRULURES

La baudruche a été recommandée pour divers pansements. Je veux aujourd'hui signaler les avantages qu'elle procure dans le pansement des brûlures et dans celui des vésicatoires.

1o Dans le pansement des brûlures, tout praticien connaît les douleurs et les difficultés des pansements au papier avec le liniment oléo-calcaire, ou avec la ouate.

Le papier se sèche, casse, devient adhérent, malgré la couche de liniment interposé; avec la baudruche tous ces inconvénients disparaissent. J'ai eu occasion, depuis plusieurs mois d'avoir à panser des brulures chez des enfants et j'ai établi un pansement différent; chez l'un, pansement au papier avec liniment oléo-calcaire; chez un second, d'abord pansement au papier, puis à la baudruche; chez un troisième pansement à la baudruche.

Les résultats de ce pansement chez ce dernier étaient tellement satisfaisants (absence de douleurs, commodité du pansement, etc.), que les parents du deuxième enfant ayant eu connaissances des résultats de ce pansement à la baudruche, le réclamèrent pour leur enfant. Celui-ci qui criait, pleurait à chaque pansement et dont les plaies étaient très-enflammées, supporte aujourd'hui son pansement avec calme; la plaie est moins vive; en un mot plus de tiraillements, de saignements comme dans le pansement avec le papier.

Il suffit pour conserver la baudruche de la laver à l'eau froide à chaque pansement et la même peut servir, enduite de liniment oléo-calcaire, pendant cinq à six semaines. Ce pansement est donc en même temps moins douloureux, plus facile, plus économique.

2o Beaucoup de malades redoutent ou refusent l'application des vésicatoires par la crainte des pansements consécutifs : que ceux-ci soient faits avec le papier, la ouate ou tout autre agent. Avec la baudruche ces pansements ne sont plus à craindre; plus de tiraillements ni de douleurs; la baudruche, enduite de cérat ou tout autre corps gras, se décolle presque seule; il suffit de la soulever par un coin; elle tombe alors presque d'elle-même. Le malade n'a plus à craindre que l'application du vésicatoire.

Dr MEURISSE.

MALADIES A TREMBLEMENTS. *Leçon de M. Charcot.*

I. Maladie de Parkinson (*paralysie agitante*). — La paralysie agitante est constituée par deux grands caractères : l'*attitude* du malade et le *tremblement*. L'attitude du malade est tellement spéciale, avec une physiomie hébétée et passive, malgré la conservation de l'intelligence, qu'on peut, au premier abord, affirmer ce diagnostic. Le tremblement n'est pas le caractère fondamental de l'affection, car il peut ne pas exister, la maladie pouvant se borner à la déformation des membres. On dit que la paralysie agitante est une *névrose*, c'est-à-dire une maladie sans lésion anatomique reconnue jusqu'à présent, une maladie *sine materia*. Elle dure longtemps, n'abrégeant pour ainsi dire pas la vie, et, après quinze, vingt années, quand le malade succombe, souvent à une affection intercurrente, on cherche à l'autopsie les lésions dans diverses régions que l'on pouvait supposer atteintes; ce résultat est absolument négatif, du moins jusqu'à présent.

C'est une maladie qui se produit dans des circonstances bien différentes, frappant le sexe masculin aussi bien que le sexe féminin, et ayant souvent des causes émotionnelles comme l'hystérie. On l'observe à un âge déjà avancé ordinairement; il existe cependant un cas bien avéré de paralysie agitante chez une fillette de quinze ans qui, étant enfermée dans une cave, vit plusieurs personnes tuées par une bombe à côté d'elle, et tomba soudain sans connaissance. Lorsqu'elle revint à elle, son membre supérieur était pris du tremblement de la paralysie agitante (Siredey).

La paralysie agitante a donc souvent des causes morales parmi lesquelles figure au premier rang la terreur; cependant on la voit aussi se développer spontanément. Toutes les tentatives thérapeutiques ont échoué : on n'a jamais pu en obtenir un amendement sérieux. On peut seulement la calmer un peu par le bromure de potassium, par les narcotiques, etc. Duchenne (de Boulogne) m'a dit avoir observé un cas de guérison véritable. Ce serait le seul.

Mon but n'étant nullement de vous faire l'histoire pathologique de cette maladie, je vais immédiatement vous présenter les malades qui en sont atteintes, pour vous en faire saisir les principaux traits d'une façon vraiment typique. Le tremblement des deux mains consiste en courtes oscillations rhythmées; c'est un tremblement très-menu, perpétuel et permanent, qui ne s'arrête que pendant le sommeil : il dure pendant que la malade est au repos et assise. Ce tremblement, qui persiste pendant ce qui devrait être le repos, s'exagère dès que la malade essaie un mouvement intentionnel. Ce tremblement diffère d'un autre tremblement qui ne se produit que par les mouvements volontaires du malade. A l'origine, il n'a pas été tout à fait permanent; la pensée du malade, l'attention l'exagère. Il a pour siège les doigts, les poignets, le tronc même quelquefois et les membres inférieurs.

L'attitude de la main seule est tellement caractéristique qu'elle suffirait pour diagnostiquer la maladie, lors même que le tremblement ferait défaut, comme cela arrive quelquefois. C'est absolument *l'attitude de la main tenant une plume à écrire;* cela imite ce que l'on voit dans les cas de rhumatisme articulaire chronique à forme noueuse, mais ici les articulations sont saines : si j'ouvre la main elle se fléchit et s'étend à volonté, mais elle revient bientôt à son attitude. Parfois l'attitude de la plume à flexion dorsale s'exagère, les doigts se recourbent et simulent davantage les déformations du rhumatisme chronique.

L'attitude du corps est aussi remarquable : c'est un cacactère singulier d'immolibité, la tête légèrement penchée en avant, les yeux fixes, le front ridé, les traits de la face effacés, l'expression générale de la tristesse, l'impassibilité d'un masque. le malade ne tournant jamais la tête de côté, le corps ainsi incliné en avant, les bras immobiles et moitié fléchis.

La tête est raide et paraît difficile à mouvoir : les lèvres sont agitées d'un mouvement particulier, mais la langue est immobile, phénomène qui n'a guère été remarqué autrefois, quand on attribuait la difficulté de parole qui résulte des mouvements des lèvres à une lésion quelconque du cerveau, chez ces malades atteintes uniquement de paralysie agitante. Ici, il y a bien une agitation particulière de la tête, mais, comme je l'ai fait remarquer, la tête ne tremble pas *par elle-même;* c'est sous l'influence de l'agitation des membres qu'elle participe à ce mouvement général. Dans la sclérose en plaques, au contraire, la tête tremble par elle-même et indépendamment du tremblement général.

Je vous présente une autre malade âgée de soixante-dix ans, qui devint paralytique agitante à la suite d'une frayeur, pendant la Commune, en apprenant qu'une église, voisine de la cave où elle était réfugiée, était remplie de poudre. Chez elle, les mouvements sont lents, empesés : le tremblement cesse quelquefois, mais l'attention l'exagère considérablement.

Voici enfin une malade qui nous présente deux autres phénomènes de la paralysie agitante : la *propulsion* et la *rétropulsion*. Quand elle est debout, si

je touche très-légèrement un pan de sa robe, aussitôt elle se met à reculer vivement et de plus en plus vite : c'est la rétropulsion. La propulsion se produit si l'on pousse légèrement la malade en avant.

Tels sont les faits les plus saillants de la paralysie agitante, clonique. Vous voyez que cette maladie est fort mal dénommée, car il n'y a pas de paralysie proprement dite, le dynamomètre en donne la preuve, et il n'y a pas toujours de tremblement; cette dénomination, d'ailleurs, effraie les malades et leur fait croire qu'elles sont atteintes d'une affection beaucoup plus grave qu'elle ne l'est réellement et redouter la destruction de leurs facultés intellectuelles qui ne sont pas si compromises. Je propose donc de rejeter cette appellation inexacte de paralysie agitante et de lui substituer la désignation de *maladie de Parkinson*, du nom de l'auteur anglais qui, en 1817, en a donné la première description satisfaisante.

II. Tremblement sénile. — Le tremblement sénile est loin d'être aussi fréquent qu'on le croit généralement; les poëtes en ont fait un des caractères de la vieillesse, mais, si l'on cherche le tremblement sénile chez les vieillards, on ne le trouve pas souvent. On en chercherait vainement la description dans les traités des maladies des vieillards; elle n'y existe pas, parce que les auteurs ont reconnu qu'elle ne s'observe que rarement. Nous n'en possédons que quelques exemples parmi les 2,000 vieillards de la Salpétrière. Le tremblement sénile n'est donc pas l'apanage ordinaire de la vieillesse. Ce tremblement occupe particulièrement la tête, comme vous le voyez sur ces malades; pour en rendre les amplitudes plus sensibles, nous leur avons fixé un long plumet sur la tête. Ces mouvements se réduisent à des signes positifs, négatifs ou mixtes; les vieillards disent oui, non, ou alternativement oui et non. Quelquefois le tremblement occupe aussi les mains. Mais il n'y a pas d'attitude spéciale de la tête ni du corps, comme nous l'avons vu dans la maladie de Parkinson. C'est un état indéfini, une infirmité, pour laquelle ils ne demandent même pas de traitement. Le tremblement cesse pendant le sommeil. Il apparaît à la suite d'émotions morales; chez l'une la peur d'une voiture; chez l'autre, une lettre annonçant la mort de sa fille; chez la troisième malade, il n'y a aucune cause connue.

III. Chorée sénile. — Les malades que je vous présente sont atteintes de chorée : c'est la chorée vulgaire, sauf la différence tenant à l'âge du sujet. La chorée, qui est déjà rare après la puberté, peut quelquefois se rencontrer chez des vieillards; nous en comptons deux ou trois sur les 6,000 femmes qui sont à la Salpétrière. Tandis que la chorée commune disparaît facilement, celle-ci est essentiellement chronique; elle est produite le plus souvent par une cause morale. Chez cette femme de soixante-cinq ans, elle est venue, il y a huit ans, à la suite de violents chagrins de famille; chez cette autre de soixante-dix ans, c'est à la nouvelle que son mari, qu'elle venait voir à Bicêtre, était envoyé en province. Ces deux malades présentent les mouvements incessants les plus désordonnés, tout à fait comme les enfants choréiques.

Chez les malades de cette troisième catégorie aussi bien que chez les malades des deux premières, la lésion anatomique n'existe pas ou du moins n'est pas reconnue; l'examen histologique est complétement négatif. Il n'en est plus de même des malades que nous allons étudier maintenant.

IV. Hémichorée posthémiplégique. — A la suite d'un ramollissement localisé du cerveau, d'une hémorrhagie en foyer, on voit survenir une hémiplégie avec flaccidité; un mois après, les mouvements reparaissent souvent, sinon la contracture se développe. La sensibilité est d'ailleurs restée intacte.

Mais il est des cas exceptionnels où, après une attaque d'apoplexie, on voit l'hémianesthésie, et alors on observe souvent l'hémichorée.

Un mois après l'attaque, les mouvements commencent à revenir, mais on remarque qu'ils ne s'exécutent pas normalement, qu'ils consistent en secousses et en mouvements choréiformes. Cette jeune fille, à la suite d'une convulsion épileptiforme à l'âge de cinq ans, fut atteinte de paralysie du côté gauche; puis, quelques jours après, les mouvements reparurent, mais avec le caractère choréiforme. Ils sont constants, quoiqu'on ne les voie pas si l'on n'examine pas de près la main de cette malade; elle ne tient sa main immobile que grâce à son attention, en faisant effort pour serrer sa main sur ses genoux. Mais, disons-lui de porter la main sur son nez, elle n'y arrive qu'en se frappant la joue d'un assez violent soufflet. J'ai déjà montré cette jeune fille il y a deux ou trois ans, et j'ai fait remarquer l'hémianesthésie qui existait chez elle. Or cette hémianesthésie a disparu. C'est qu'en effet l'hémianesthésie cérébrale, d'origine organique, est absolument identique à l'hémianesthésie d'origine hystérique.

Elle se présente avec les mêmes troubles de la vision, du goût, etc., que chez nos hystériques. Ainsi cette fille a présenté un rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs de l'œil gauche. Nous l'avons traitée par les applications métalliques en la prenant, dans nos expériences de contrôle des expériences de M. Burq, comme type de comparaison : à notre grand étonnement, elle recouvre la sensibilité et la vision normale des couleurs.

J'ai entendu dire qu'un clinicien de premier ordre pensait que j'étais le jouet de mes hystériques, au sujet de nos études sur l'achromatopsie; mais il ne suffit pas de constater si une hystérique voit le violet, pour dire qu'elle n'est pas atteinte de troubles visuels : il faut, *avec les procédés de mensuration devenus classiques*, déterminer quelle est l'étendue de son champ visuel, et alors je réponds que l'on trouvera toujours, chez une hémianesthésique, d'origine cérébrale ou hystérique, soit de l'achromatopsie, soit un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Chez cette jeune fille la sensibilité est revenue, mais l'hémichorée a persisté.

Voici une autre femme qui a été frappée d'hémiplégie, puis d'hémichorée. Mais, chez elle, les mouvements choréiformes sont, actuellement, beaucoup moins accusés qu'au début : ce fait prouverait donc que l'hémicorée n'est pas indélébile.

V. Hémiathétose. — L'athétose est un des accidents des lésions en foyer situées dans le cerveau : ce n'est pas une maladie spéciale, c'est un symptôme qui se développe lorsque la lésion porte sur un siége particulier.

Athétose signifie : *pas de position fixe* pour les doigts. Les doigts des mains sont toujours en mouvement, se meuvent dans tous les sens, les uns indépendamment des autres et d'une façon contradictoire : on dirait les tentacules d'un poulpe. La main, ainsi décomposée en segments, ne peut tenir aucun objet. Pendant ce temps, le pied se redresse aussi et se convulse. Vous voyez chez cette jeune fille l'athétose du côté gauche. Du côté gauche, la face exécute aussi des mouvements involontaires et grimace. Ce mouvement est perpétuel et dure même, le plus souvent, pendant le sommeil. C'est une variété de l'hémichorée, dans laquelle le mouvement choréiforme n'occupe que les extrémités des doigts; les doigts font ainsi des mouvements lents et forcés; ils prennent des positions exagérées, et, à la longue, ce désordre de mouvements amène une laxité articulaire suivie de subluxations telles que celles que je vous fais voir chez cette autre jeune fille, atteinte d'hémiathétose droite, et chez cette autre femme : les doigts de la main sont tendus;

les orteils se recroquevillent et le pied se renverse en dehors; le membre supérieur se contracture. Voici encore une vieille femme de soixante-cinq ans, dont l'athétose date de l'enfance; toutefois cette affection n'est pas incurable; elle peut guérir, comme diverses paralysies des membres disparaissen, par exemple, par la guérison d'une pachyméningite syphilitique.

VI. Sclérose en plaques. — La sclérose en plaques cérébro-spinale a été confondue longtemps avec la paralysie agitante, précisément à cause des tremblements qu'elle présente. Voici une malade qui a vécu plus de dix ans dans le service de M. Béhier. Lorsqu'elle est debout, surtout lorsqu'elle marche, la tête remue, et une titubation particulière se produit. Nous répétons ici une expérience qui est caractérisque : si l'on dit à cette femme de prendre sur ce plateau ce verre rempli d'eau : « Si plein que cela! » s'écrie-t-elle. C'est qu'en effet, dès qu'elle saisit le verre, elle répand la moitié du contenu; en le portant à ses lèvres, elle peut à peine boire; la tête s'agitant toujours, le verre choque contre ses dents et tout le liquide est renversé.

J'ai observé autrefois une femme qui me cassait tout mon ménage de garçon; je la croyais atteinte de paralysie agitante; elle succomba, et, a l'autopsie, je trouvai de la sclérose en plaques. C'est cette observation qui m'amena à établir la distinction qui existe entre ces deux affections, qui sont bien distinctes. Chez cette malade, pendant le repos, il n'y a pas de tremblement. Ce tremblement ne commence que lorsque la malade exécute un mouvement volontaire; puis le nystagmus, l'amblyopie, l'induration blanche des nerfs optiques, l'embarras particulier de la parole, sont autant de signes ayant une valeur sérieuse.

Les membres inférieurs nous présentent les caractères que je vous ai déjà signalés de la paralysie spasmodique, qui se traduit par l'impossibilité de mouvoir avec tendance à la contracture des membres : vous constatez le signe du *tendon rotulien* et la *trépidation provoquée* par le redressement de la pointe du pied. De là à la contraction permanente il n'y a pas loin.

Nous terminerons cette conférence en vous montrant ces projections de coupes histologiques de la moelle et du cerveau. On a traité nos projections à la lumière électrique d'ombres chinoises et de lanterne magique; on en dira ce que l'on voudra, mais, n'en déplaise aux hystérophobes, je crois que c'est obtenir un résultat satisfaisant que de vous faire voir ces coupes et ces préparations microscopiques, absolument comme si vous les examiniez vous-mêmes au microscope. Vous pouvez voir successivement les coupes à l'état normal, puis des coupes de points sclérosés, et des pièces se rapportant à l'ataxie locomotrice.

(*Gaz. des hôpitaux*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SUR LA VIE

Quelques renseignements sur la compagnie d'assurances, la New-York, 19, Avenue de l'Opéra, Paris.

Les plus florissantes et les plus anciennes compagnies anglaises, américaines et allemandes ont été fondées sur le système de la mutualité.

En ne mentionnant que celles qui comptent plus de vingt ans d'existence, nous en trouvons 22 en Angleterre : 1 fondée en 1762; 3 de 1806 à 1815; 10 de 1823 à 1835; 8 de 1836 à 1852. L'actif de ces compagnies s'élève à 1 milliard 7 millions 619,750 francs, et leurs recettes annuelles à 129 millions 552,175 francs.

En Allemagne, il y en a 7, fondées de 1827 à 1854, avec un actif de 150 millions 150,091 fr. et une recette annuelle de 32 millions 071,938 fr.

Les Etats-Unis en possèdent 11, fondées de 1835 à 1857. Leur actif s'élève à 1 milliard 161 millions 612,580 francs, soit une moyenne de plus de 100 millions, et leurs recettes annuelles montent à 284 millions 480,435 francs.

Bien qu'il y existe 39 compagnies d'assurances sur la vie, par actions, les 11 compagnies mutuelles à primes fixes réalisent aujourd'hui les deux tiers des contrats en cours. La *Review*, de Londres (journal de l'assurance, nº du 21 mars 1877), dans un article concernant l'assurance mutuelle sur la vie aux Etats-Unis, dit :

« Aucune de ces compagnies mutuelles n'a jamais été insolvable et n'a jamais manqué de remplir ses engagements. »

Citons cet extrait d'un ouvrage couronné en 1868 par la Faculté de droit de Paris (concours de doctorat, 1re médaille d'or). L'auteur est M. A. de Montluc, avocat à la cour de Paris.

« Je ne comprends pas que ce système (mutualité à primes fixes) n'ait pas trouvé parmi nous plus de prosélytes; le plus clair pour moi, c'est que, une compagnie mutuelle bien gérée et munie de sages statuts, ne présente pas moins de solidité qu'une compagnie par actionnaires, toute la différence se résume en ce que, dans la première, tout le surplus des primes revient aux sociétaires seuls; tandis que, dans la seconde, il se divise entre eux et les actionnaires. » (Pages 272 et 273.)

Qu'on nous permette encore une citation d'un auteur compétent. Ecoutons M. Monrose, dans son article : *Assurances mutuelles sur la vie.*

« *L'assurance* à son bercean a commencé par la mutualité pure; puis, la spéculation s'en est emparée, et le capital est venu l'offrir à forfait; mais dans les pays comme les Etats-Unis, où elle est pratiquée sur une grande échelle, on a compris qu'elle n'était pas seulement prisable dans son but, mais qu'elle l'était aussi dans son moyen par excellence, *la mutualité*.

« Son but, c'est de rendre service à la famille aussi bien qu'à l'Etat, car elle oblige les assurés au versement régulier de leurs primes, elle propage dans les masses les habitudes morales et le goût de l'épargne, elle crée un patrimoine dans les classes qui ne vivent que d'un revenu viager. Elle crée l'hérédité dans le peuple et, par là, l'ordre dans la patrie.

« Son moyen, la mutualité, c'est la solidarité des intérêts, c'est le concours de tous pour réparer la perte d'un seul, c'est une puissance énorme créée par le concours d'un grand nombre

PROGRÈS DE LA COMPAGNIE DEPUIS 10 ANS

Dans l'année terminée au	La Compagnie a payé à ses assurés	L'intérêt de ses placements a été de	Son Actif a été de	L'excédent de l'actif sur le passif d'après les lois de l'État a été de
1er Janv. 1869	10 513 500	2 740 220	55 004 115	11 971 955
— 1870	12 691 515	3 385 850	67 124 625	11 981 125
— 1871	14 317 500	4 082 445	79 306 105	9 733 060
— 1872	16 430 725	5 747 080	94 018 840	12 132 230
— 1873	18 450 465	6 032 532	108 335 000	15 453 691
— 1874	19 141 920	7 090 474	122 151 140	17 570 658
— 1875	22 797 105	8 225 531	136 247 380	22 952 417
— 1876	20 655 685	9 353 291	152 945 472	27 331 705
— 1877	21 214 340	9 534 749	165 818 576	28 317 339
— 1878	21 838 850	9 260 602	174 786 254	27 697 424
— 1879	24 915 352	10 149 068	190 909 282	30 297 670
— 1880	24 987 374	10 478 428	202 101 707	32 853 238

Depuis l'année de sa fondation, 1845, jusqu'au 1er janvier 1879 la New-York a émis 136,694 polices assurant Fr. . . . . 2.018.764.975 »
Elle a reçu en primes. . . . . . 398.138.887 »
Elle a reçu en intérêts. . . . . 89.400.375 »
Elle a payé pour échéances de contrats. . . . . 98.958.403 »
Elle a payé en dividendes et rachats de polices. . . . . 133.024.012 »
Son actif au 1er janvier 1879 était de. . . . . 190.909.282 »
Il est actuellement de. . . . . 202.101.707 »

Depuis dix ans, les intérêts des placements ont plus que suffi pour couvrir les sinistres. Ce fait témoigne d'une mortalité très-faible, et par conséquent, du soin extrême qu'apporte la Compagnie au choix de ses risques.

ORGANISATION. — Créée en 1843, par un acte spécial de la législature de son Etat, la « NEW-YORK » a commencé ses opérations en 1845. Elle est aujourd'hui une des plus anciennes et des plus riches compagnies des Etats-Unis, pays du du monde où les assurances sur la vie ont atteint leur plus grand développement, et elle a établi ses succursales dans tous les principaux pays de l'Europe.

La Compagnie est purement mutuelle, elle ne saurait donc avoir d'autres intérêts que ceux de ses assurés. Régie par un Conseil d'administration, dont les membres sont élus par les assurés mêmes, parmi les notabilités financières et commerciales de New-York, elle grandit depuis 34 ans dans une prospérité constante, qui est la meilleure preuve de la sagesse et de la prudence de ses administrateurs. Son revenu est aujourd'hui de 40 milions de francs; son fonds de garantie entièrement réalisé dépasse 202 millions; l'excédent de son actif sur le passif, au 1er janvier 1879, dépassait 14 millions et demi. Comme la Compagnie n'a jamais eu de capital social, comme son fonds de garantie a été uniquement amassé par des prélèvements successifs sur les primes, cet excédent qui, dans une Compagnie à actions, serait dévolu aux actionnaires, appartient exclusivement aux assurés. C'est ainsi que l'assurance, au lieu d'être exploitée au profit des assureurs, est donnée ici à son prix de revient.

SÉCURITÉ. — Les lois sur les assurances dans l'Etat de New-York sont exceptionnellement sévères. Elles spécifient la nature des placements, déterminent le montant des sommes à mettre en réserve, et soumettent les Compagnies au contrôle spécial et permanent du gouvernement, contrôle qui n'existe dans aucun autre pays. Mais la « NEW-YORK » ne s'est pas contentée de ces garanties légales, elle a voulu aller au-delà. Quelques mots nous suffiront pour justifier cette assertion. On appelle « Réserve » d'une Compagnie d'assurances la somme qui, en s'augmentant de ses intérêts et des primes futures à encaisser, sur les contrats en cours, est destinée à produire les capitaux assurés, aux dates successives de leur échéance. La réserve est donc la garantie de solvabilité d'une Compagnie d'assurances, c'est comme le fonds d'amortissement qui répond des obligations émises. Or, la loi de l'Etat de New-York ordonne que cette réserve soit calculée comme si les placements ne devaient rapporter qu'un intérêt de 4 1/2 0/0: taux bien modeste si on considère que les premières hypothèques dans cet Etat rapportent 6 0/0. Mais la Compagnie, plus soucieuse encore que l'Etat de la sécurité de ses assurés, s'oblige par ses statuts à calculer sa réserve comme si elle ne devait rapporter que 4 0/0 : par suite, sa réserve actuelle est plus forte de 16 millions que la réserve exigée par la loi.

Au 1er janvier 1879, la réserve légale à 4 1/2 0/0 aurait été de . . . . Fr. 151.480.775

La réserve réelle à 4 0/0 s'élevait à 167.754.070

Différence à l'avantage des assurés. . . . . Fr. 16.273.295

BÉNÉFICES. — Les bénéfices, dans les Compagnies d'assurances, ne sont autre chose que l'excédent produit par les primes des assurés. Si la mortalité, si l'intérêt des placements, si les frais de gestion étaient chose invariable, ou strictement déterminable d'avance, la prime pourrait être ajustée mathématiquement au coût de l'assurance, et dans ce cas, les bénéfices disparaîtraient complètement. Mais une telle précision étant impossible, attendu la variabilité des éléments qui entrent dans le calcul, il ne reste aux Compagnies qu'un parti à prendre, c'est d'établir leurs primes sur un tarif assez élevé pour parer sûrement à toutes les éventualités. Ceci n'a nul inconvénient dans une Compagnie mutuelle comme la « NEW-YORK », où tout l'excédent de l'année appartient aux assurés, et leur est restitué à titre de dividende; mais il en est tout autrement dans une Compagnie à actions, où les actionnaires partagent cet excédent avec les assurés, et même s'en attribuent la grosse part.

Les bénéfices sont d'ailleurs d'autant plus considérables à la « NEW-YORK » que la gestion est très-économique, que le taux des placements est

supérieur aux Etats-Unis à ce qu'il est en Europe, et que la Compagnie choisissant ses risques avec un soin extrême, la mortalité des assurés est réduite à un minimum.

Depuis sa fondation, en 1845, la Compagnie a distribué pour 75 millions de bénéfices.

Le chiffre des bénéfices distribués

en 1876 était de Fr.	7.046.545
1877 était de.	7.204.678
1878 était de.	8.062.283
1879 était de.	7.905.074

DES SYNDICATS MÉDICAUX.

Très-honoré confrère,

La question des associations médicales, et des syndicats médicaux est une des questions de déontologie dont la résolution, devenue de plus en plus urgente, s'impose en ce moment à tous les praticiens ; cette question, proposée aux nombreux lecteurs et adhérents du *Concours*, a dû faire germer un peu partout des idées d'association et de solidarité confraternelle.

Aussi, en commençant cette étude, je n'ai pas la prétention de donner une œuvre nouvelle et personnelle, elle est le résultat des recherches en commun avec plusieurs de mes confrères, elle est aussi la conséquence d'une étude sur les progrès obtenus par une société médico-scientifique, dont je fais partie et dont le programme est tout au long dans sa devise : « Liberté ; progrès scienti- « fique ; dignité, considération et indépendance « professionnelle ; solidarité confraternelle et « bien-être pour tous. »

Je sais combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de donner une règle générale capable de servir de modèle à la syndication de tout un pays comme la France ; je sais combien sont diverses les manières d'être de la profession médicale selon les diverses régions, je sais aussi que l'exercice de la médecine présente si je puis m'exprimer ainsi, des modalités bien nombreuses si on pénètre dans l'intimité de l'exercice professionnel.

Une première question se présente tout d'abord à la pensée : que doit être un syndical médical ? quelles doivent être ses attributions ? sa juridiction ? son étendue ?

J'entends, par syndicat médical, une commission de médecins nommés par leurs confrères afin d'instruire et d'étudier toutes les questions professionnelles qui peuvent se présenter dans le ressort du syndicat ; correspondre surtout avec l'administration supérieure dans les rapports que les médecins peuvent avoir avec elle, aplanir les difficultés qui peuvent survenir entre les médecins et les administrations locales (municipales, bureaux de bienfaisance, hospices, société de secours mutuels) ; en un mot, régler les conditions du fonctionnement de la médecine privée et publique.

D'un autre côté, le syndicat médical pourrait être consulté par l'administration supérieure lorsque celle-ci a besoin de se renseigner sur des faits qui sont du domaine et de la compétence spéciale et immédiate de la science médicale.

Au besoin ce syndicat pourrait être pris pour juge et arbitre par les médecins entre eux, sans être pour cela une chambre de discipline.

Une chambre de discipline, analogue à la chambre des notaires, par exemple, ne sera jamais possible ; elle est incompatible à l'essence même de la pratique de la médecine. La profession médicale, en effet, n'a aucune organisation, tout y est laissé à la pure initiative personnelle et les rapports des médecins entre eux n'ont pour règle que leur bonne éducation. Lorsque deux médecins sont voisins, il n'est pas rare qu'ils soient rivaux, et il est bien difficile que leurs actes soient toujours inspirés par une charité confraternelle. Si alors, par impossible, il existait une chambre de discipline médicale, que pourrait-elle ? elle ne pourrait qu'une seule chose : consacrer par ses décisions la mésintelligence bien regrettable de deux confrères, et lui donner un caractère officiel, rendre, pour ainsi dire, cette mésintelligence irrémédiable ; bien plus il arrive souvent, surtout dans les campagnes, que la clientèle prend parti pour l'un des deux rivaux et met l'autre dans l'impossibilité de conserver la confiance qu'il avait pu acquérir.

Il ne faut pas oublier que la clientèle médicale est complètement libre et que le poids, qui doit peser dans la balance ,ne doit jamais avoir rien qui puisse ressembler à quelque chose d'officiel ; que le mérite personnel, s'exerçant selon toutes les règles de la bonne éducation et de la bonne confraternité, doit seul être capable d'attirer la confiance et de former les clientèles.

Peut-être les partisans des chambres de discipline médicales, objecteront-ils que les décisions seront secrètes ; mais alors à quoi bon ? je vous le demande ? Et soyez-en certain le secret n'aura pas plus de sûreté que n'en ont toutes les choses humaines.

Le blâme, que l'on dira purement moral, vous paraît une sanction bien anodine ; prenez-y garde,

lorsqu'il sera connu du public il produira une perte brutale par la confiance qui sera retirée, et cette condamnation, si je puis m'exprimer ainsi, toute sentimentale, sera plus grave qu'une amende; car, qui pourra dire où s'arrêtera la perte? qui pourra en mesurer l'étendue?

Tant que l'exercice médical sera laissé en état dans lequel il se trouve aujourd'hui, tant qu'il n'aura pas reçu une forte organisation, un syndicat ne pourra jamais être un tribunal, ce serait une plaie de plus attachée à notre profession.

Le syndicat médical ne doit donc être qu'une simple commission, résumant en elle toute la corporation médicale pour faciliter les rapports des médecins avec les administrations, pour faciliter au besoin leurs rapports entre eux.

Quelle doit être maintenant son étendue?

Sons peine d'annuler son influence, de rendre son action peu efficace, le syndicat ne doit pas avoir un rayon trop étendu; d'un autre côté, si l'association est trop exiguë, elle n'a plus la même autorité et tend à ne plus paraître qu'une impuissante, partant ridicule, coterie.

Il faut à une association médicale, pour être réellement efficace, trois conditions.

1° Etre suffisamment nombreux pour acquérir par son nombre, une autorité réelle auprès des administrations avec lesquelles elle est appelée à entrer en rapport par son syndicat, sans cela elle ne serait plus une force et ne jouirait d'aucune influence ; de plus elle serait sujette à être ébranlée par la perte de quelques-uns de ses membres, elle serait vite délaissée et mourrait d'elle-même, loin de pouvoir dire à l'instar des dieux : *patiens quia æterna,* car je suis corporation.

2° Il faut qu'elle fasse un corps réglé et complet, ou mieux que l'ensemble de ses membres fasse un tout compacte; pour qu'une association médicale ne soit pas fictive, il est nécessaire que tous les membres d'une même région soient affiliés à l'association, afin que chacun soit tenu dans son activité individuelle à l'observance des résolutions prises et aussi que chacun ait foi en chacun de ses confrères et collègues dans l'observance des mêmes résolutions.

3° Une condition essentielle, c'est la fidélité aux décisions de l'association et du syndicat. C'est bien avec raison que Lamennais disait : « La pratique rigoureuse du devoir est une condition indispensable de l'association, » et que Dante plaçait les traîtres dans le cercle le plus profond de son enfer où réside Satan lui-même.

Il me semble qu'un syndicat médical ne peut jamais comprendre plus d'un département. C'est là la limite extrême, maxima possible, pour avoir des rapports faciles avec l'administration départementale, dans toutes les questions qui règlementent localement les rapports des médecins dans l'accomplissement des services publics, tels que les bureaux de bienfaisance, qui, si souvent, sont des objets de contestation.

De même aussi, qu'il ne doit jamais être moindre que pour un arrondissement, sous peine de perdre de son influence auprès de l'administration ou de son autorité morale auprès de l'association.

C'est ici, déjà, qu'il faut tenir compte des différents pays ; tel département, en effet, celui des Pyrénées-Orientales, par exemple, ne contient que 180,000 habitants, et l'arrondissement d'Arras (Pas-de-Calais), que j'habite, en contient déjà 175,000 avec quatre-vingt-cinq médecins.

Les associations, avec leur syndicat, pourront donc se former, se basant, soit sur le chiffre de la population, soit sur le nombre des médecins, soit encore sur les agglomérations ou selon les facilités des relations des médecins entre eux.

J'arrive à l'organisation des syndicats. Quel doit être leur mode de formation, leur genèse, comme on dit? Les membres d'un syndicat ne peuvent recevoir leur mandat d'une autorité quelconque, hiérarchique ou administrative, ils ne seraient plus que des fonctionnaires et non des mandataires. Ce mode de formation serait contraire à l'essence même du syndicat, qui n'est que l'expression intime d'une corporation; et puis, s'il faut aussi compter avec les faiblesses humaines, avouons que ce mode de formation serait, pour plusieurs, la cause de quelque défiance, dans tous les cas, du peu de confiance que l'on accorderait aux syndicats. On sait, en effet, par exemple, quelle est l'inanité des conseils cantonaux d'hygiène et de salubrité, et leur inanité n'a pour cause que leur mode même de formation.

J'ai dit que, pour avoir une influence réelle et efficace, le syndicat ne devait pas s'étendre à plus d'un département, ni être moindre que pour un arrondissement. C'est ici qu'il y a des différences capitales selon les diverses régions de la France, les unes très-agglomérées, et très-peuplées, d'autres, au contraire, peu favorisées.

Si l'on prend pour base la division administrative, et c'est même celle que je propose d'abord parce qu'elle est toute faite, facile à accepter, mais aussi surtout en considération des relations intimes qui devront exister entre l'administration

préfectorale, qui sera instruite pour tout son ressort, et le syndicat qui se sentira l'expression de toute une corporation parfaitement délimitée.

Un exemple viendrait ici, plus que tous les raisonnements, démontrer, d'une part la légitimité du syndicat, et d'autre part, l'excellence de sa délimitation départementale : c'est la création, toute d'actualité, des inspections des écoles communales, M. le ministre de l'instruction publique veut bien, pour indemnité et frais de déplacement, nous payer de sa *haute confiance* ; puis, au pis-aller, quelque chose de tout petit, *au besoin d'une légère rétribution communale*. Mais s'il existait un syndicat médical, ne pourrait-il pas, ce syndicat, d'accord avec l'administration préfectorale, donner les bases des honoraires pouvant s'allier avec la haute confiance ministérielle?

Tandis que certains départements, tels que celui des Pyrénées-Orientales, n'auraient qu'un seul syndicat, en raison de leur peu de population (180,000 h.); d'autres, tels que ceux du Pas-de-Calais (800,000 h.), ou du Nord (1,500,000 h.), en auraient plusieurs, et, dans ce cas, soit dans une réunion en commun des syndicats réunis, soit par l'entente de leurs bureaux, soit même par leurs présidents ou par leurs délégués, les syndicats voisins d'un même département, ou des départements limitrophes, pourraient s'entendre pour les questions d'un ordre plus général.

Le mode naturel, indispensable et obligé, de la formation des syndicats en médecine, c'est l'élection par les membres de l'association ou corporation ; car, ces deux expressions doivent ici se confondre. Je disais, en parlant des associations médicales, qu'elles devaient être compactes pour cette efficaces; pour la formation des syndicats elles doivent être complètes c'est-à-dire corporative.

Que chaque médecin, arrivant dans une région pour s'y fixer, soit inscrit comme électeur pour le syndicat, par le fait même qu'il satisfait à l'article 24 de la loi de l'an XI, en présentant son diplôme aux autorités désignées.

Quel serait le nombre des syndics et la durée de leur mandat ? Il en est du nombre des syndics comme du nombre des syndicats : ni trop, ni trop peu; et il m'a semblé que le dixième et le vingtième des membres de la corporation peuvent être pris pour les extrêmes. Je suppose, par exemple, une corporation de deux cents médecins, le nombre des syndics pourra varier de dix à vingt, selon les circonstances. En effet, moins que dix ne serait plus qu'un bureau insuffisant pour discuter les affaires, et plus de vingt ne serait plus un syndicat mais tendrait de devenir une petite assemblée.

Les syndics, choisis par leurs confrères, le seraient dans différents points de la corporation régionale; soit un par canton ou par deux cantons voisins, si l'on admet la délimitation administrative, afin que, dans le syndicat, il y ait toujours quelque membre à même d'étudier sur place les faits qui devraient être soutenus par les syndicats vis-à-vis de l'autorité administrative. La Société *médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord* s'est divisée par groupes d'une douzaine de médecins, qui élisent un chef de groupe pour les réunir deux fois par année et transmettre à la commission administrative (syndicat) le procès-verbal de leurs réunions. Il ne serait pas nécessaire que cela existât dans la syndication, les médecins pourraient eux-mêmes s'adresser au président, ou bien au syndic le plus proche de la localité. Ce sera là un rouage de moins qui, sous prétexte de simplification, est une complication bien inutile.

Le mandat serait pour six années, terme suffisamment long pour avoir une suite continue, et assez rapproché cependant pour que le mandataire pût venir, en temps utile, redemander à ses confrères une nouvelle marque de leur confiance; car les syndics seraient rééligibles. Il n'est pas nécessaire, en effet, d'interrompre le mandat d'un syndic; il n'en est plus de même pour une présidence, le syndic n'a aucun conseil à donner, le président doit faire acte de direction personnelle et d'autorité : c'est à cette tendance autoritaire seule qu'on doit mettre un empêchement.

Le vote aurait lieu par syndic et non par liste afin d'éviter toute surprise ou tout coup de main électoral.

Le syndicat serait renouvelé par moitié tous les trois ans, afin que, tout en se renouvelant souvent, il soit continu à lui-même.

Telles sont les quelques idées générales que je me suis permis d'émettre, en attendant que quelque confrère du *Concours médical* veuille bien apporter aussi le résultat de ses pensées ou les donner sous forme de statuts.

La *Société médico-scientifique du Pas-de-Calais et du Nord* a cherché à devenir un syndicat, et son avis a souvent été favorablement accueilli par l'autorité préfectorale, qui a fait droit à ses réclamations dans quelques cas d'exercice illégal de la médecine ou d'indignité administrative à l'égard des médecins. C'est là qu'est son vrai rôle, car elle a complétement échoué dans ses tendances disciplinaires, tant il est vrai que les

chambres de discipline sont incompatibles avec la profession médicale.

Tel est aussi l'avis de plusieurs de mes confrères qui, ainsi que moi, vous prient d'agréer l'assurance de leur parfaite considération confraternelle.

Bapaume (Pas-de-Calais), le 25 avril 1880.

Dr C. Cauchy. 207

TRAVAUX ORIGINAUX

Monsieur et honoré Directeur,

Je désire vivement que votre estimable journal donne une plus grande place aux travaux qui concernent l'art des accouchements, branche de la médecine si importante pour le plus grand nombre des médecins praticiens. Aussi je viens suivre l'exemple du Dr Séjournet et vous offrir un bien modeste concours.

Dans les présentations du tronc et des épaules la version pelvienne est assez souvent rendue difficile, et même impossible, par la rétraction violente de l'utérus. Mais, dans ces cas, avant de recourir à une opération plus grave : procédé de Ponsart, embryotomie, si le fœtus est volumineux ou le bassin étroit, il faut employer les préparations opiacées administrées par la bouche ou en lavements.

Il y a environ une dizaine d'années, je fus appelé auprès d'une femme en travail depuis vingt-quatre heures ; je constatai une présentation de l'épaule droite, première position, céphalo-iliaque gauche. Elle était fortement engagée dans l'excavation et la main pendait à la vulve. Un de mes bons confrères, chirurgien habile, avait fait en vain plusieurs tentatives de version ; je ne fus pas plus heureux. Impossibilité d'atteindre au membre pelvien. Sans plus tarder je fis prendre à la femme, comme le conseille Cazeaux, 12 centigr. d'extrait d'opium. Une heure après la dernière dose, je pus assez facilement faire la version et la délivrance eut lieu sans hémorrhagie.

Quand on n'a aucune préparation opiacée sous la main et que le temps presse, il faut avoir recours aux bains prolongés et quelquefois à la saignée si l'état des forces de la parturiente le permet.

Dr Magne,
Membre fondateur du Concours médical.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Eléments de physique appliquée à la médecine et à la physiologie, par A. Moitessier, docteur ès-sciences, professeur de physique à la faculté de médecine de Monpellier (1).

Dans ce livre, l'auteur, tout en déplorant avec raison l'insuffisance des connaissances mathématiques des jeunes étudiants en médecine, est arrivé, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience et l'observation, à leur donner une idée nette et précise des phénomènes les plus complexes. En le parcourant avec avidité, un regret poignant s'emparait de nous. Quel dommage que nous n'ayons pas à notre disposition un semblable ouvrage, alors, qu'assis sur les bancs de l'école, nous suivions les cours par trop élémentaires auxquels un illustre professeur était obligé de se borner, sous peine d'être abandonné par son auditoire.

M. Moitessier a le dessein de faire un volume spécial sur chaque branche de la physique. Celui que nous avons sous les yeux, est consacré à l'*Optique*. Il est divisé en quatre parties. La première comprend avec les notions générales, la réflexion et la réfraction. La seconde a pour but de nous faire connaître la dispersion, l'émission, l'absorption, les radiations obscures, les actions chimiques, la phophorescence et la fluorescence. On y trouvera des faits extrêmement intéressants, surtout ceux de la spectrocopie qui ont tant enrichi la physique dans ces vingt dernières années. Avec la troisième partie nous abordons les instruments d'optique. Enfin, grâce à la dernière, nous entrons dans la physique supérieure, non exigée du candidat au baccalauréat ès-sciences, malgré son importance si considérable. C'est là, en effet, qu'il est question des interférences, de la *double réfraction* et de la *polarisation*. On sait que le saccharimètre est une des heureuses applications de la polarisation. L'auteur, on le voit, n'a pas reculé devant l'exposition de sujets si ardus. Disons plus, il a réussi à les rendre clairs et attrayants sans les charger de chiffres et de calculs algébriques. C'est donc un petit livre qu'on ne saurait trop recommander aux jeunes gens qui commencent à fréquenter les écoles de médecine, aussi bien qu'à ceux qui veulent se faire une idée de la physique telle que le médecin doit la connaître.

En terminant, nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur une affection mal étudiée et peu connue jusqu'à ce jour, le *cancer du larynx*, auquel M. le Dr Krishaber (1) vient de consacrer une brochure intéressante dans laquelle il rectifie quelques-unes des observations qu'il avait émises en 1868, dans *le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Se basant sur son expérience personnelle, sur les travaux les plus récents, il est parvenu à faire une vraie monographie dans laquelle on trouvera tout ce qui concerne l'anatomie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, et le traitement. L'auteur termine par quelques réflexions sur le larynx artificiel dont les heureux résultats sont encore à venir.

Dr A. B.

(1) Un vol. in-12 faisant partie de la Bibliothèque diamant. Optique, avec 177 figures dans le texte. Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120. Prix : 7 fr.

(1) *Le cancer du Larynx*, par le Docteur Krishaber, extrait les annales des maladies de l'oreille et du larynx, revu et augmenté, Librairie G. Masson.

CHRONIQUE

Assassinat du docteur Eyffren. — Un terrible évènement est venu, à la fin de la semaine dernière, jeter l'épouvante dans une commune du Médoc et profondément attrister le corps médical de notre région.

Le docteur Eyffren, médecin à Saint-Laurent, a été assassiné, ainsi que sa jeune femme. Le matin on les a trouvés tous deux, au bas de leur escalier, en costume de nuit, criblés de coups de couteau et gisant dans une mare de sang.

L'enquête et l'examen, pratiqués par le docteur Berchon, de Pauillac, ont écarté toute snpposition de suicide. Il y a donc eu assassinat. Mais quel est le coupable? Quels motifs ont pu le pousser à cet horrible attentat? La justice n'a pu rien encore découvrir, à l'heure où nous écrivons ces lignes.

Tout d'abord, certains indices faisaient croire que le vol n'était pas le mobile du crime ; on pouvait donc croire à quelque motif personnel de haine ou de vengeance.

Aujourd'hui on semble revenir à l'idée du vol.

Espérons qu'on ne tardera pas à éclaircir ce mystère et qu'un tel forfait ne restera pas impuni.

Eyffren était âgé de quarante-cinq ans; sa femme avait une trentaine d'années.

Membre de l'Association de la Gironde, Eyffren était un médecin très-honorable, très-aimé dans sa commune, estimé de ses confrères. Il s'était allié à une des meilleures familles du Médoc.

L'enterrement des victimes a eu lieu au milieu d'un grand concours de population.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

CORRESPONDANCE

— Dr Ch., à M. (Puy-de-Dôme), 28 avril.

Pris note du renseignement.

Quand le Concours nous fera-t-il les loisirs qui nous permettraient d'accepter v otre cordiale invitation? Souhaits de prompt rétablissement.

— Dr A., (30), 28 avril.

Le Dr N., d'A., est inscrit participant, selon votre désir.

— Dr M., à S. 29 avril.

Votre note sera insérée.

— Dr M., a S. (Charente-Inférieure).

Nous avons inscrit vos renseignements.

— Dr L., 551 (Gironde), 28 avril.

La compagnie a dû vous écrire pour votre assurance mixte de quinze ans, capital 20 mille francs, vous aurez à payer une prime annuelle de 1347.20, en une seule échéance. Ou si vous le préférez, une prime à deux échéances semestrielles de 703 fr. chacune, soit 1406 fr. — Bien entendu avec accumulation des bénéfices pendant quinze ans.

Si vous venez à mourir avant l'expiration des quinze années du contrat, le capital sera soldé à vos ayant-droit, pourvu que vous ayez payé exactement vos primes.

L'administration a transmis votre réclamation à qui de droit, pour les sources *Reine* et *Victoria* et les marchands d'eaux minérales de votre ville sont mis en demeure de se pourvoir. Il suffit, à ce sujet, que nos confrères tiennent, comme vous, à l'exécution de leurs prescriptions.

— Dr B., 139 (Allier), 27 avril.

« *Il serait à souhaiter que vous terminasier le plus rapidement possible notre contrat avec la New-York, pour que nous puissions nous adressez à elle, comme membres du Concours Médical.* »

Nous vous avons donné la constitution de la caisse de prévoyance. Notre siége est fait, nos renseignements sont précis. Nous les communiquons en partie aujourd'hui. Nous continuerons dans les prochains numéros. Il faut que les bases de nos décisions soient connues de tous les adhérents du *Concours*, afin qu'il se fassent une opinion personnelle sur cette grave question. Un sacrifice annuel, souvent pénible, doit constituer la certitude d'un patrimoine important pour soi-même et pour les siens.

Votre confrère est inscrit en votre nom. Nous sommes heureux de la constatation que vous faites des services que vous ont rendus les fournisseurs du *Concours*.

— Dr P., 781 (Charente-Inférieure). 30 avril.

Vous ne nous êtes pas redevable de ce chef. C'est un des priviléges des adhérents. Nous n'avons pas reçu de communication et sommes prêts à reproduire, si vous le souhaitez. — Votre lettre, trop obligeante, est loin de de nous importuner, comme vous le dites; ces stimulants nous sont bien précieux. Examinez mûrement la question assurance; elle en vaut la peine!

— Dr S., à M. (Isère). 1er mai.

Merci; nous écrirons à M. A.

— Dr G., à V. (Hérault), 27 avril.

Oui, certes, nous aussi, aurions préféré, pour toutes sortes de motifs, une Cie Française. Mais, puisqu'il n'en existe pas, que la New-York est une mutuelle et que plus elle étendra ses opérations en France, plus elle perdra son caractère de Cie étrangère, que d'ailleurs, seule, par les avantages qu'elle nous offre à tous, elle nous permet de venir en grand nombre à cette assurance que nous avons tous rêvée. Pour tous ces motifs nous croyons être dans la voie, la plus sage.

Vous nous signalez le passage: « *les bénéfices manuels sont aléatoires, page 5 du supplément du n. 15.* »

Ces mots ne veulent pas dire que la Cie pourrait une année quelconque, ne pas distribuer de bénéfices, mais bien que ces bénéfices peuvent varier, en plus ou en moins d'une année, à l'autre, parce qu'ils reposent sur des éléments variables, *aléatoires*, tels que le nombre des polices d'assurance réalisées dans l'année; le taux des placements de fonds, la mortalité, etc. Les bénéfices que nous indiquons, dans les exemples, sont des moyennes; s'ils peuvent varier en moins, ils peuvent aussi varier en plus.

Nous allons d'ailleurs continuer à donner tous les documents, afin qu'il vous soit loisible d'asseoir votre jugement.

Le médecin de la compagnie le plus voisin de votre domicile, paraît être M. le Dr Bourguet Paul, à Béziers, 11, rue de Lespignan. La compagnie vous écrira à ce sujet. Vous verserez comme vous voudrez. — La prime versée par semestre est un peu plus élevée pour une assurance mixte de vingt ans, sur votre âge, au capital de 16,000 fr. elle serait annuellement de 791 fr. 81 cent. et versée par semestre de 823 fr.

— Dr Y., 983, à R. 1er mai.

Envoyé le No. — Les irrégularités de la poste ne sont pas de notre fait. Nous allons recommencer nos démarches à ce sujet.

— Dr G., à E. (Aisne), 2 mai.

On vous fera l'envoi régulier. On vous a adressé les Nos réclamés: vous serez inscrit participant. Vous n'aurez à acquitter que le prix de l'envoi, puisque vous venez à nous en connaissance de cause et au nom du Dr P.

— Dr C., à V. (Gard), 30 avril.

Inscrit les renseignements. — N'abandonnez pas nos trois primes avant conseil. La compagnie vous écrira à ce sujet.

— Dr S., 884 (Aisne), 2 mai.

Envoyé le vaccin, pour vous être agréable, par exception. Nous ne pouvons nous charger de ce service. S'adresser à la société française d'hygiène, 3, rue du Dragon, ou à la sœur Ursule, hôpital de la Pitié. Nous avons donné ce renseignement dans les Nos antérieurs. Vous aurez votre réponse assurance-vie dans le No 20.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 20 15 mai 1880

SOMMAIRE.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Notre sympathique et distingué confrère, le Dr Debout d'Estrées, a donné lecture mardi dernier à l'Académie de médecine de Paris, d'un travail très-intéressant sur le *Traitement de l'incontinence d'urine par l'emploi de la source du Pavillon en boissons.*

— M. Riche a lu ensuite un rapport sur la substitution de la margarine au beurre et au saindoux dans la préparation des aliments des malades dans les asiles d'aliénés du département de la Seine. Voici les conclusions de ce travail :

« La commission ne pense pas que la substitution proposée doive être admise. Les gens de service et les malades ne tolèrent pas la substitution de la margarine au beurre pour la majeure partie des mets (soupes maigres, œufs, légumes frais, etc.). De plus, cette substitution constitue pour les malades un changement de régime qui pourrait avoir pour certains malades délicats de véritable inconvénients.

La margarine Mouriez n'existe plus dans le commerce, elle est trop chère ; la margarine actuelle est un produit industriel qui se prête à diverses fraudes ; on y introduit notamment des huiles végétales, de l'huile d'arachides en particulier.

Les essais physiologiques de M. Berthé ont démontré que les huiles végétales sont d'une digestibilité plus difficile que les graisses animales. Les essais chimiques de M. Lallier et la pratique culinaire ayant démontré que la margarine s'émulsionne moins bien que le beurre et que l'émulsion est moins stable, on est en droit de conclure, puisque les corps gras sont absorbés dans l'organisme à l'état d'émulsion, que l'absorption de la margarine se fera dans de moins bonnes conditions que celle du beurre. »

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité. Avis aux amateurs du simili-beurre !...

— Le reste de la séance a été consacré à la lecture des rapports de MM. Hérard et Lagneau, sur les concours de l'Académie.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la création d'une clinique nationale ophthalmologique aux Quinze-Vingts. Nous donnons plus loin un compte rendu de la cérémonie qui a eu lieu à l'occasion de la pose de la première pierre. Nous félicitons vivement M. Lepère, ministre de l'intérieur et M. Péphau, directeur des Quinze-Vingts, de leur heureuse initiative.

CLINIQUE CHIRURGICALE
DE LA CHARITÉ

LEÇON DE M. GOSSELIN.

Onyxis ulcéreuse des deux gros orteils : — Ablation de l'ongle.

M. Gosselin commence par rappeler en quelques mots la division qu'il a depuis longtemps adoptée

au sujet de l'onyxis ulcéreuse. Il en distingue trois variétés : l'ongle incarné proprement dit, ou onyxis ulcéreuse latérale, qui est de beaucoup la plus fréquente; l'onyxis ulcéreuse demi-lunaire, ainsi nommée parce qu'elle fait tout le tour de la racine de l'ongle, et enfin l'onyxis ulcéreuse sous-unguéale qui occupe surtout, et parfois exclusivement, le derme sous-unguéal.

Le jeune homme à qui l'on vient d'enlever l'ongle aux deux gros orteils, a présenté une forme de cette petite maladie, qui diffère un peu de ce que l'on rencontre d'habitude chez les adolescents. L'ongle incarné, comme M. Gosselin l'a déjà fait ressortir en maintes circonstances, est principalement l'apanage de l'adolescence.

Il est caractérisé par un gonflement un peu dur formant un bourrelet cutané qui limite le bord externe de l'ongle, et par une solution de continuité qui se trouve le plus souvent bornée à la moitié ou aux trois quarts antérieurs de la rainure unguéale de ce côté; solution de continuité présentant des bourgeons charnus rougeâtres et suppurants.

Cette petite plaie fongueuse peut contourner la racine de l'ongle (onyxis semi-lunaire); elle peut s'étendre au derme sous-unguéal, onyxis sous-unguéal). Chez le garçon qui a été opéré, la lésion ne se présentait pas ainsi. On pourrait la caractériser en disant qu'il avait une dermite ulcéreuse péri-unguéale, assez superficielle, s'accompagnant d'un peu de douleur et de gonflement, mais sans bourrelet fongueux.

Il y avait, en outre, une légère inflammation du derme sous-inguéal, puisqu'en pressant l'ongle, on faisait sourdre un peu de pus. On ne remarquait d'ailleurs ni épaississement de l'ongle, ni du derme sous-ungnéal.

Pourquoi cette forme chez un individu qui, en raison de son âge, devrait avoir l'ongle incarné de l'adolescence ?

Il faudrait ici invoquer une de ces causes générales dont la plupart ne sont pas malheureusement bien établies ; et par suite, sont le plus souvent inappréciables. On a parlé de l'influence de la scrofule sur la production de l'onyxis comme sur celle de tant de maladies de l'enfance et de l'adolescence.

Mais M. Gosselin, qui a étudié attentivement la question de l'onyxis ulcéreuse, ne s'est pas cru autorisé, d'après les cas nombreux qu'il a observés, à faire intervenir la scrofule comme cause productrice de cette lésion.

Il ne s'arrête donc pas à cette idée, quoi que le malade soit un peu strumeux. Aurait-il par hasard l'*onglade* syphilitique ?

Ce jeune homme, qui n'est pas très-intelligent, ne peut pas donner de renseignements suffisamment bien précis à ce sujet.

Il est vrai qu'il se rappelle avoir eu un chancre, mais il n'a plus rien remarqué ensuite, en sorte qu'on ne peut être fixé sur la nature spécifique de l'ulcération.

Son corps, à la vue, n'offre rien de bien caractéristique. Sur la poitrine, quelques macules sans signification aucune. Il est cependant une chose qui semblerait plus importante de prime abord, c'est un commencement d'alopécie; toutefois il ne convient de voir en cela qu'un premier symptôme qui pourrait tout au plus donner l'éveil, et faire songer à la syphilis.

On peut constater, en outre, un gonflement assez prononcé des ganglions cervicaux postérieurs et supérieurs; on serait tenté de mettre ce phénomène sur le compte de la syphilis, mais les ganglions des autres parties du corps et notamment les ganglions inguinaux semblent complètement indemnes.

De ces quelques signes, on ne peut logiquement déduire qu'une simple présomption; il est donc plus sage de se tenir encore sur la réserve au sujet de l'infection syphilitique. Cela n'empêche pas que, par mesure de précaution, on institue un traitement interne par le sirop de Gibert à la dose de 25 grammes par jour. Le traitement local a consisté, dans l'ablation des deux ongles par la méthode de l'arrachement.

On a fait l'anesthésie locale au moyen d'un mélange réfrigérant composé de parties égales de glace pilée et de sel marin. Ce mélange, contenu dans un petit sac en mousseline, est placé sur la face dorsale de l'orteil et on ne le retire que lorsque la peau est blanche et insensible au grattage. De cette façon, la douleur est supprimée dans les parties superficielles et cela suffit amplement pour l'opération. Ce procédé mérite la préférence sur les pulvérisations d'éther qui n'agissent qu'au bout d'un temps plus long et ne donnent pas une anesthésie aussi marquée.

Les ongles une fois enlevés, on a passé sur le derme le thermo-cautère dans le but d'en modifier la vitalité. L'opération a été complétée par un pansement protecteur.

On a appliqué sur l'orteil, de la tarlatane phéniquée, puis un petit carré de toile cirée, et l'on a maintenu le tout au moyen d'une bande étroite.

L'intervention chirurgicale sera toujours avantageuse au malade, car si l'on a eu affaire à la syphilitique, la guérison arrivera un peu plus

tôt que si l'on s'en était simplement tenu au traitement interne.

Onyxis ulcéreuse sous-unguéale du gros orteil du pied droit. Ablation de l'ongle.

A côté de ce cas, on peut ranger celui d'une femme de trente-quatre ans qui a été également opérée le même jour. Elle avait aussi une onyxis ulcéreuse, mais qui différait de celle du premier malade. La lésion siégeait au gros orteil du pied droit; on ne remarquait pas d'érosion superficielle.

Il n'y avait pas non plus cette espèce de saillie bourgeonnante latérale qui se voit dans l'ongle incarné proprement dit.

La douleur siégeait au-dessous de l'ongle, et en effet, en pressant on s'apercevait que là se trouvait le mal, puisqu'on faisait sourdre du pus; on était donc en présence d'une de ces lésions que M. Gosselin a caractérisées du nom d'onyxis ulcéreuses sous-unguéales; et comme l'ablation de l'ongle a déjà été faite à deux reprises différentes, on peut ranger ce cas parmi ceux de *l'onychia maligna*, maladie à laquelle il ne faut pas attacher une signification aussi fâcheuse qu'à ce qu'on est convenu d'appeler tumeurs malignes, mais qu'il faut simplement regarder comme une onyxis *rebelle*.

Ce cas est remarquable par l'âge de la malade (trente-quatre ans), et aussi par la récidive de la lésion qui s'est produite à trois reprises différentes et qui fait songer à des causes générales influant sur la production de l'onyxis, causes dont le praticien est obligé d'admettre l'existence, sans en bien connaître la nature.

L'ongle a été enlevé comme chez le jeune homme dont il a été parlé plus haut. Au lieu d'une ulcération générale, on a trouvé deux petites ulcérations latérales limitant une partie médiane dans laquelle le derme ne présentait pour toute lésion qu'une certaine hypertrophie.

On a cautérisé au fer rouge toute la surface sous-unguéale, afin de modifier le derme et de modérer la suppuration. Même pansement consécutif que ci-dessus.

—

REVUE GÉNÉRALE

—

LETTRES SUR L'HYDROTHÉRAPIE

II

Les faits ont leur logique. Après avoir jeté un coup d'œil sur l'agent de la médication hydrothérapique et avoir indiqué son mode d'action, je suis forcément amené à dire quelques mots des surfaces de l'organisme sur lesquelles il nous est permis d'agir, et de leur manière d'être influencées par l'agent dont nous étudions le maniement.

Nos surfaces d'action sont la peau et une portion importante des muqueuses.

La peau, cette enveloppe à la fois souple et résistante, qui recouvre toute la surface du corps en se moulant sur elle, a plusieurs fonctions importantes à remplir.

Ces fonctions, bien que se disséminant, se diffusant, pour ainsi dire, sur une étendue aussi considérable, n'en ont pas moins une immense portée physiologique. Si un fragment même considérable de la peau peut être à peu près impunément détruit, il n'en est pas moins vrai que la suppression totale d'une de ses fonctions entraîne infailliblement la mort.

Enveloppe éminemment protectrice, la peau, par l'innombrable division des filets nerveux périphériques, met l'organisme en relation avec le monde extérieur, en même temps qu'elle maintient l'équilibre nerveux par ses sympathies profondes, ou, pour parler le langage moderne, par les actions réflexes qu'elle provoque dans les centres; et l'équilibre circulatoire par sa riche vascularisation.

En se resserrant sous l'influence du froid, en se dilatant sous l'influence de la chaleur, en laissant exsuder alors par ses tubes sudorifères un liquide assez fluide pour s'évaporer rapidement, elle maintient la température du corps à un même niveau en dépit des influences si variables des milieux ambiants. Elle est aussi, par ses glandes sudoripares, organe d'excrétion au même titre que les reins, elle est encore organe d'absorption quoi qu'on en ait dit et même de respiration.

On comprend facilement, si l'on pense à sa vaste surface, à son contact constant avec les causes extérieures, quel immense rôle pathogénique elle doit jouer. Mais on comprend aussi quelle immense ressource fournit au médecin cette vaste surface, et la possibilité qu'il a d'agir impunément sur elle pendant un temps indéfini sans compromettre en rien l'avenir du reste de l'organisme.

Les portions de la muqueuse qui nous sont accessibles sont limitées et ne se prêtent guère par conséquent qu'à une action locale.

Nous pouvons atteindre une bonne partie de la muqueuse intestinale à l'aide de lavements; la muqueuse vaginale, à l'aide d'injections; la muqueuse intra-utérine nous est accessible après l'accouchement; les muqueuses œsophagiennes et stomacales sont mises facilement en contact avec les liquides sous forme de boisson.

L'ingénieux procédé de M. Faucher nous permet même, grâce à la sonde construite par M. Galante, d'agir sur l'estomac par de longs lavages.

La muqueuse pulmonaire n'est accessible à l'eau, il est vrai, que lorsque celle-ci est extrêmement divisée par la pulvérisation ou sous forme de vapeurs; mais ici se produisent des phénomènes nouveaux, qui, en modifiant la composition du sang, ont une action considérable sur la masse de l'orga-

nisme, qui sortent un peu du point de vue auquel je me suis placé, et qui méritent par conséquent une étude à part.

L'hydrothérapie bien comprise met donc aux mains du médecin une arme puissante, sûre, commode et toujours inoffensive lorsqu'elle est maniée avec prudence.

Telles sont nos surfaces d'action. Comment sont-elles influencées?

L'effet utile des applications hydrothérapiques procède à peu près exclusivement d'une action vaso-motrice.

Que cette action soit provoquée dans les parties profondes par la *réflexion* d'une excitation d'ordre nerveux, ou qu'elle ne soit qu'un résultat d'ordre physique de la communication des vaisseaux; que le réseau vasculaire d'un organe parenchymateux interne, se remplisse ou se dégorge parce que ses vaisseaux se dilatent ou se resserrent sous l'impulsion de leurs nerfs excités par une sensation venue du dehors : ou que leur réplétion et leur déplétion ne soit que le complément nécessaire d'un acte analogue accompli, en sens contraire, dans des vaisseaux périphériques avec lesquels ils sont en constante communication, le résultat obtenu est le même et nous pouvons demander à l'agent hydrothérapique d'imprimer un mouvement suivi et réglé à la masse circulatoire, ou bien, en agissant sur des points limités et étudiés d'avance, d'aller modifier la circulation de tel point de l'organisme que sa position met à l'abri de nos atteintes directes, par l'action reflexe que nous savons devoir y provoquer.

Nous avons étudié jusqu'ici : 1º L'agent principal du traitement hydrothérapique;

2º Son mode d'action;

3º Les points de l'organisation sur lesquels nous avons à l'appliquer;

1º Leur manière d'en être influencés.

Nous voilà arrivé au point pratique de cette étude :

Comment devons-nous agir ?

Ma première recommandation à mes confrères sera celle-ci :

Surtout pas d'exagération !

« L'EAU FROIDE!... Voilà un mot qui fait l'é-
« pouvante et la terreur de bien des gens, dans le
« public, et même parmi les médecins, et cela
« surtout parce qu'on ne se comprend pas. »

Ainsi débutait Baldou, en 1846, dans son INSTRUCTION SUR L'HYDROTHÉRAPIE.

Nous sommes plus familiarisés aujourd'hui avec l'idée d'employer l'eau froide comme agent thérapeutique et c'est souvent contre l'exagération contraire que nous avons à réagir. L'eau froide est encore restée, pour quelques-uns, un objet de terreur; mais, pour d'autres, elle est devenue un motif de singulière gloriole. J'entends souvent parler autour de moi de douches de cinquante mètres de pression, par des gens qui ne semblent pas se douter qu'une pression de cinq atmosphères représente un choc de cinq kilogrammes par centimètre carré, c'est-à-dire de quoi broyer l'animal le plus solide. D'autres se vantent d'employer l'eau, par tous les temps, à des températures vraiment effrayantes ; ils vont jusqu'à se vanter de n'user plus que de la glace à faire fondre tous les matins sur leur corps, à l'aide de frictions longtemps prolongées ; je ne rencontre jamais, sans les plaindre, les pauvres victimes d'un prétendu système d'éducation de résistance que, pour obéir à je ne sais quelle mode, venue d'outre-Manche, des mères trop prévoyantes forcent à courir bras et jambes nus par les froids les plus rigoureux. A ces débordements d'une ignorante gloriole, le médecin prudent doit pouvoir opposer une règle modératrice. Cette règle, Fleury l'a entrevue lorsqu'il a dit en parlant de l'hydrothérapie, qu'elle se résume en cet aphorisme :

Eau froide, air chaud.

Il est regrettable qu'il ne l'ait pas formulé plus nettement. Je vais essayer de le faire.

La température de l'eau devra toujours être mesurée à deux facteurs qui doivent la régler: d'abord à la température du corps qui sera soumise à son action, ensuite à la température du milieu dans lequel se trouve ce corps.

En un mot, l'eau ne ne devra pas être froide d'une manière absolue. Le maniement d'une eau dont la température est au-dessous de 8 à 10 degrés, est souvent dangereux et exige la surveillance d'un homme expert. La température de cette eau devra être tout simplement inférieure de quelques degrés à celle de l'individu; et cet écart pourra être d'autant plus considérable, que la température actuelle du milieu sera plus élevée.

Rien de mathématique, on le voit, et on l'avait prévu; mais une donnée suffisante pour que tout médecin sachant son métier puisse se servir de l'eau en cas de besoin, et avec un peu de tact médical et d'habitude des malades, arriver vite à en tirer un grand parti.

Dr L. POUGET.

Erratum. — Dans la première *Lettre sur l'hydrothérapie*, qui a paru dans notre numéro du 27 mars, la phrase suivante : L'expérience affirmativement est d'accord avec le raisonnement, elle nous a conduit à adopter à Briou a répondu etc., au commencement de la première colonne de la page 155, doit être rétablie comme il suit :

« L'expérience a répondu affirmativement, et d'accord avec le raisonnement elle nous a conduit à adopter à Brioude comme une des bases, etc.

DE L'ÉCLAMPSIE ET DE SON TRAITEMENT.

(*Suite*)

Troisième période. Une détente générale s'opère et les convulsions cloniques apparaissent; tous les muscles de la vie de relation sont soumis à des secousses convulsives; une agitation progressive, un va-et-vient de tous les membres remplace la période précédente. La face offre le spectacle le plus saisissant : ses muscles orbiculaires se contractent et se relâchent alternativement, et

l'on voit les paupières supérieures s'abaisser et se relever avec une extrême rapidité. L'œil est plus souvent terne et roule dans l'orbite, mais de temps en temps le regard s'allume pendant un intervalle extrêmement court, pour s'éteindre aussitôt. C'est à cause de ces alternatives que le nom d'éclampsie a été donné à cette maladie, d'un mot grec qui signifie éclair. L'orbiculaire des lèvres agissant sans cesse, la malade semble marmotter quelque chose, et la bouche rejette souvent une écume sanguinolente produite par le passage de la salive entre les dents qui ont serré la langue et l'ont déchirée.

En effet, pendant la contraction des mâchoires, la langue est souvent lésée ; mais généralement ce sont les parties latérales qui portent les traces de morsures; aussi doit-on avoir soin, pour éviter une blessure qui peut être grave, de faire rentrer cet organe dans la bouche lorsque, pendant la première période, il se porte en dehors. On a recommandé pour cela plusieurs procédés : une éponge, un bouchon de linge, le manche d'une cuillère, etc.; le plus simple est encore celui qu'on met en usage dans divers établissements ; on emploie un linge tendu par les deux bouts et dont le bord est placé horizontalement dans la bouche, ce qui a l'avantage de retenir la langue dans la partie inférieure de la cavité buccale, en permettant à la respiration, déjà si troublée pendant les convulsions toniques, de s'opérer plus librement, sans ajouter un nouvel obstacle à l'introduction de l'air dans les voies aériennes; de plus, si l'on n'a pas sous la main un linge tout préparé, le drap du lit où repose la malade suffit parfaitement, et par un de ses bords bien tendus, comme je l'ai dit, on maintient la langue en place.

On laisse le linge jusqu'à cessation des convulsions cloniques; puis les mâchoires, en se resserrant, opposent un nouvel obstacle à l'issue de la langue; il faut recommencer à chaque nouvelle attaque.

Pendant cette période de l'accès, la respiration ne se fait plus, ou est très-profondément troublée; les muscles orbiculaires des lèvres et le buccinateur, par leurs alternatives de contraction et de détente, secondés par la langue convulsée cloniquement, agitent l'air contenu dans la cavité buccale, avec la salive ; et celle-ci sans cesse rejetée à l'extérieur, s'échappe en bave écumeuse des deux côtés de la bouche. La face se congestionne de plus en plus, elle devient enfin livide et cyanosée. D'abord très-rapides, les convulsions cloniques se ralentissent peu à peu en diminuant à peine d'intensité, et vers la fin de cette période on voit trois ou quatre convulsions bien nettes et bien séparées annoncer la terminaison de ce qu'on nomme l'accès éclamptique. Ce sont, en effet, ces trois périodes qui le constituent; il y a abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales.

Enfin une vaste inspiration se produit annonçant le début du coma.

Le coma est d'autant plus prolongé que les attaques se reproduisent plus fréquemment et que leur durée est plus longue. Parfois, et dans les cas les moins graves, c'est une simple somnolence d'où on peut tirer la malade par une légère excitation ; parfois dans les cas graves, les accès se répétant, le coma n'est interrompu que par de fréquentes attaques.

L'éclampsie éclatant avant le travail compromet généralement la vie du fœtus et la vie de la mère. Celle-ci d'après les statistiques du Dr Charpentier, succombe dans plus d'un tiers des cas. Quant à l'enfant, d'après une statistique de l'hôpital des Cliniques de la faculté de Paris, sur 128 accouchements compliqués d'éclampsie on compte 63 enfants vivants, et 65 morts.

Heureusement cette maladie est assez rare, on ne la rencontre guère en effet qu'une fois sur trois ou quatre cents accouchements.

Nous ne tenterons pas de donner une interprétation pathogénique de l'éclampsie. En effet, il ne peut plus aujourd'hui y avoir de doutes sur l'origine albuminurique de l'éclampsie. Comme dans l'albuminurie proprement dite, il y a d'une part des accidents cérébraux de nature convulsive, et d'autre part altération des reins et de l'urine et par compte intoxication du sang. Nous voulons seulement après avoir rappelé la description des attaques, tracer les préceptes de thérapeutique généralement adoptés.

La saignée est, pour ainsi dire, presque exclusivement employée par M. le professeur Depaul, et après de nombreux essais dans différentes voies, la saignée reste pour lui le remède par excellence.

L'illustre accoucheur va même jusqu'à tirer 1,500 à 2,000 grammes de sang dans l'espace de quelques heures à des femmes vigoureuses, et 1,000 grammes à celles qui sont de constitution médiocre.

Mais sous l'empire des doctrines médicales contemporaines la saignée a été délaissée par beaucoup de médecins.

Récemment M. le professeur Péter s'est élevé avec juste raison contre cette réaction exagérée contre la méthode des émissions sanguines, et il a montré par des faits que la fréquence de l'éclampsie a été en grandissant dans ces trente dernières années, et que cette fréquence avait précisément

coïncidé avec la diminution graduelle des saignées chez les femmes en couches.

M. Péter ne conseille pas seulement la saignée comme traitement curatif, mais encore comme traitement préventif.

« La saignée, dit-il, est rationnelle à ce double titre qu'elle décongestionne en tant que produisant une spoliation et une contracture vasculaire, et qu'elle combat l'éclampsie dans sa cause prochaine, l'état anatomique du bulbe, ainsi que dans sa cause première l'état anatomique du rein. »

A la suite de la saignée, Cazeaux recommandait l'émétique à dose rasorienne. Il donnait chaque demi-heure une cuillerée à soupe de la potion suivante.

Eau de Pouliot.	90 grammes
Émétique	40 centigr.
Teinture d'opium. . .	xxx gouttes
Sirop simple.	10 grammes

M. Péter donne l'émétique en lavage à la dose de 15 à 20 centigrammes.

Enfin il ajoute à ce traitement celui de l'albuminurie elle-même, c'est-à-dire la diète lactée et le tannin à la dose de 1 gramme par jour.

On a proposé le chloroforme. M. Péter pense qu'il est efficace *au début* d'une attaque, alors que celle-ci n'a point encore produit la congestion cérébro-bulbaire résultant des accès se répétant les uns sur les autres ; mais le chloroforme serait plutôt nuisible si l'attaque dure déjà depuis quelque temps et si le coma prédomine sur la convulsion.

Il faudrait, pour prévenir une attaque d'éclampsie à l'aide du chloroforme, se tenir constamment auprès de la malade « à l'affût de l'attaque menaçante. »

A côté du chloroforme, il y a le chloral.

Dès le mois d'otocbre 1869, M. le Dr Bouchut s exprimait ainsi, dans la *Gazette des hôpitaux,* au sujet de l'emploi du chloral dans le traitement de l'éclampsie puerpérale : « Je ne doute pas que l'hydrate de chloral qui réduit si complètement les muscles de la vie de relation à l'impuissance, qui produit l'amyosthénie temporaire, ne soit utile dans cette complication de l'accouchement. L'expérience est à tenter et il n'est pas déraisonnable de la faire, non pour guérir le mal, mais au moins pour en supprimer les accès et permettre de terminer l'accouchement si les crises convulsives viennent entraver le travail. » — Les prévisions de M. Bouchut ne tardèrent pas à se réaliser, et, dès le 25 novembre de la même année, M. Serré, de Bapaume, publiait un cas d'éclampsie guéri par la médication chloralique. En 1871, M. Maurice Raynaud publiait dans la *Revue de thérapeutique*, un nouveau cas d'éclampsie guéri par le chloral.

A partir de ce moment, les observations se multiplient. M. Charpentier en réunit sept dans sa thèse d'agrégation (1872). Franca y Mazorra en produit un nombre plus grand encore. En 1874, M. Fauny rassemble, dans sa thèse inaugurale , tous les faits signalés et en trouve trente-six presque tous favorables. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

« L'hydrate de chloral est, jusqu'à présent, le meilleur traitement de l'éclampsie puerpérale. Il est indiqué non seulement lorsque les attaques sont manifestes, mais encore lorsqu'un signe quelconque peut faire penser à l'invasion possible du mal. »

A l'étranger, les observateurs ne nous le cédaient en rien, et chaque mois nous apportait quelques faits nouveaux à l'avantage de la médication par le choral. En Allemagne, M. Rabl Ruckardt en cite deux cas ; en Angleterre, MM. Alexander, Mackintosh, Milne, Campbell, Philips, Whidborne, etc., nous rapportent de nombreuses guérisons.

MM. Bourdon, l'éminent médecin de la Charité, Dujardin-Beaumetz, Demarquay, insistaient sur les avantages du chloral employé dans l'éclampsie.

M. Depaul s'éleva de toutes ses forces contre ce nouveau traitement et nous voyons encore que M. Péter, qui ne paraît pas, du reste, en avoir fait uu très-fréquent usage, ne lui reconnaît pas d'autres avantages qu'au chloroforme.

Cependant, si nous consultons la statistique publiée dans le travail du Dr Testut, nous voyons que le traitement par le chloral paraît avoir une incontestable supériorité.

Voici ce tableau :

1. Avec le *traitement révulsif*, la mortalité est de 50 p. 100.

2. Avec le *traitement par les émissions sanguines*, 35 p. 100.

3. Avec le *traitement par les purgatifs,* 50 p. 100.

4. Avec le *traitement mixte* (saignées et purgatifs), 17.3 p. 100.

5. Avec le *traitement par les anesthésiques,* 17.8 p. 100.

6. Avec le *traitement chirurgical,* 29.7 p. 100.

Si maintenant nous comparons ces résultats avec ceux de la médication chloralique, soit seule, soit associée aux autres modes de traitement, nous trouvons :

Avec le *chloral seul* une mortalité de 4 p. 100.

Avec le *chloral associé à la saignée,* 9.01 p. 100.

Avec le *chloral employé concurremment à d'autres médications*, 13.33 p. 100.

Enfin, comme *résultat général de la médication chloralique*, nous avons une mortalité de 8.49 pour 100.

M. le Dr Froger (*Thèse de Paris, 1879*), qui a réuni de nombreuses observations sur ce sujet, dans un excellent travail arrive à ces conclusions :

1. L'hydrate de chloral constitue le tratement le plus efficace de l'éclampsie puerpérale.

2. Il peut être donné à toutes les périodes de la maladie; si les résultats de cette médication tardaient à se manifester, on pourrait l'associer à une émission sanguine de 400 grammes que l'on pourrait renouveler au besoin.

3. La meilleure voie d'introduction du chloral dans l'économie est la voie buccale, quand le trismus n'empêche pas de faire pénétrer le liquide dans la bouche, en pareille occurence on aurait recours à la voie rectale. La voie hypodermique et *à fortiori* intra-veineuse doivent être réservés pour des cas tout-à-fait exceptionnels.

4. L'hydrate de chloral, tout puissant sur l'état de la mère, n'exerce aucune action sur le fœtus contenu dans la cavité utérine.

On voit d'ailleurs que la saignée peut être associée au chloral avec avantage. C'est sans doute dans la combinaison de ces deux médications que réside le meilleur traitement de l'éclampsie puerpuérale (1).

Dr P.

(1) Sur l'éclampsie et ses divers modes de traitement, on peut consulter, outre les belles leçons de Clinique obstétricale de M. Depaul, et de clinique médicale M. Peter, la thèse d'agrégation du Dr Charpentier. (Paris, 1872).

HYGIÈNE DE LA VUE

Conférence faite à la Sorbonne par M. E. Javal. Recueillie par M. F. Dassy.

Vendredi soir, 1er avril, à l'occasion de la réunion à Paris des Sociétés savantes des départements, M. Javal traitait, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, devant un auditoire d'élite accouru pour l'entendre, un sujet dans lequel il est un des maîtres incontestés. La façon brillante dont le savant directeur du laboratoire d'ophthalmologie a conduit sa conférence, l'habileté qu'il a déployée à faire sortir, de matières ardues pour le public, le thème d'une causerie vraiment charmante, émaillée de saillies et d'à-propos spirituels, ont été saluées à diverses reprises par de chaleureux applaudissements. Chacun a pu suivre sans efforts toutes ses explications techniques si intéressantes, grâce à la clarté de leur exposition en même temps que grâce aux nombreuses et habiles projections lumineuses exécutées par M. Duboscq, et à la petite plaquette imprimée que M. Javal avait eu l'heureuse idée de faire remettre avant la conférence à chaque arrivant, plaquette qui permet de mesure rapproximativement l'acuité visuelle, la myopie, la presbytie et l'astigmatisme.

M. Javal s'est tout d'abord attaché à faire comprendre quelles sont les règles qu'il importe de suivre pour lire sans se fatiguer. Quand on connaît la cause du mal, on a quelque chance de trouver son remède. Il s'agit donc de rechercher les causes spéciales qui rendent la lecture fatigante.

Il faut remarquer que les yeux peuvent fonctionner pendant toute une journée entière sans qu'on éprouve le moindre symptôme de fatigue. En effet, à la campagne, à la chasse, en voyage, alors même qu'on contemple des monuments, nous regardons autour de nous sans que la vue éprouve la moindre lassitude, bien au contraire, la vision des objets éloignés et variés repose le regard.

Il n'en est pas ainsi lorsqu'on s'applique à distinguer des objets très-rapprochés et qu'on a devant soi, l'uniformité désespérante, dans sa monotonie, des lignes d'imprimerie. De plus, dans la *lecture* l'application de l'œil est permanente; tandis que la couturière a des intervalles de repos en tirant l'aiguille avant de piquer l'étoffe, tandis que le compositeur d'imprimerie ne fixe pas son regard pendant qu'il transporte ses lettres, tandis qu'enfin l'écrivain interrompt son travail, pour réfléchir, le lecteur voit défiler les mots sans trêve et sans relâche devant son œil constamment appliqué et tendu.

Un premier conseil à donner est donc de ne pas lire avec une assiduité complète. Tous les quarts d'heure et toutes les demi-heure, il est bon de réfléchir à ce qu'on vient de lire; ce temps d'arrêt, en même temps qu'il est profitable à l'esprit, est nécessaire pour relâcher l'œil de sa trop grande attention.

Un autre élément de fatigue de la rétine réside dans la production des *images accidentelles*. Si l'on regarde fixement pendant cinq à six secondes une bande blanche tracée au milieu de bandes noires et qu'on ferme les yeux, il se produira sur la rétine un *négatif*, de telle sorte que la bande blanche sera vue noire. Or, lorsqu'on lit une page, ce sont des bandes alternativement blanches et grises qui viennent se peindre sur la rétine en lui donnant une impression absolument analogue à celle qu'on éprouve lorsqu'on voit se dérouler la série des bandes claires et foncées d'un cylindre tournant d'imprimerie.

Il faut remarquer, en outre, que, lorsqu'on lit, le regard suit avec précision, non-seulement la série horizontale formée par les caractères d'impression, mais une ligne droite située près du haut des lettres courtes. C'est, en effet, grâce aux *accidents supérieurs* des lettres que le mot se devine. On peut le démontrer. Prenez, par exemple, l'échelle de Giraud-Teulon et quelle que soit la dimension d'un mot, couvrez-en la moitié supérieure, vous ne pourrez deviner ce mot; par contre, couvrez-en la moitié inférieure et le mot sera lu facilement ; l'expérience peut être répétée par tout le monde sur une ligne quelconque d'un livre.

Il résulte de ce fait que, le regard se déplaçant d'une manière rigoureusement horizontale, ce sont toujours les mêmes parties de la rétine qui sont

affectées par le blanc des interlignes, tandis que les lettres frappent toujours sur des bandes intermédiaires de cette membrane, d'où la production incessante d'images accidentelles. Tenez un livre immobile, lisez pendant quelques secondes et fermez les yeux, vous aurez la sensation d'une image accidentelle (assurément difficile à observer), et qui est formée de bandes horizontales alternativement claires et sombres. Rien n'est plus fatigant pour la vue que ces images. Plateau, l'illustre physicien de Bruxelles, a perdu la vue pour avoir trop étudié la permanence des impressions rétiniennes, et Newton, pour la même cause, a souffert pendant plusieurs jours d'une cécité complète.

Nous pouvons dimiuuer l'intensité de ces images à l'aide de l'attitude dans la lecture : en ne tenant pas le livre immobile, les bandes claires et obscures ne seront pas constamment placées au même endroit de la rétine.

Les considérations qui précèdent suffisent à expliquer la fatigue qui résulte de la lecture au lit; dans ce cas, en effet, le livre est le plus souvent appuyé sur la poitrine et tenu immobile, et la tête est, pour ainsi dire, incrustée dans l'oreiller. Cette absence de mouvements relatifs du livre et de la tête est tout à fait propre à développer la formation des images accidentelles.

Une autre cause de fatigue pour l'œil tient au contraste absolu du noir sur le blanc. Il faudrait un fond moins éclatant. La teinte du papier doit être théoriquement choisie. On sait que l'œil, parmi ses autres défaut, a celui de n'être pas achromatique; la vision doit donc être plus nette quand on supprime l'une des extrémités du spectre formé par la couleur du papier; ne pouvant amortir le rouge, sous peine d'avoir une teinte d'un vert foncé qui serait insupportable, surtout à la lumière du gaz, il faut recourir à un papier qui réfléchisse le bleu et le violet plus faiblement que les autres couleurs; le papier jaune, de la teinte produite par la pâte de bois, remplit bien ces conditions, c'est donc lui que nous choisirons.

Déjà certains éditeurs de livres de luxe (sans parler de l'expérienee de certains éditeurs de bréviaires), ont été amenés à se servir de ce papier. On sait que, lorsque les typographes veulent faire valoir leurs spécimens de caractères, ils les présentent sur des épreuves de papier jaune.

Enfin, souvent on s'étonne qu'après une journée de dix à quatorze heure de travail les yeux se fatiguent le soir au bout de deux heures de lecture. Il n'y a cependant là rien d'extraordinaire. Il faut considérer aussi que le soir on travaille à la lumière artificielle qui, non-seulement possède une composition spectrale différente de la lumière du jour, mais qui comparée à cette dernière, est presque de l'obscurité. Le plus brillant éclairage électrique est loin de rivaliser avec la lumière solaire, l'éclairage au gaz, l'éclairage de nos maisons, la lampe de l'ouvrière, et la chandelle de nos pères, tout cela est insuffisant. Dès que l'image rétinienne n'est plus assez lumineuse pour permettre une vision nette, la pupille se dilate, toutes les imperfections optiques de l'œil s'exagèrent et, par suite, l'organe se fatigue. Eclairez-vous donc le plus largement possible et, à ce propos, l'hygiéniste peut s'approprier le mot de Gœthe mourant : « Apportez de la lumière ; encore plus de lumière ! »

Les principes qui viennent d'être exposés doivent être d'une application encore plus rigoureuse lorsqu'il s'agit de l'enfant chez lequel le globe oculaire est apte à modifier sa forme en s'allongeant et en déterminant ainsi de la *myopie* à partir de l'âge où les enfants apprennent à lire. Les fibres du muscle ciliaire qui, dirigées d'avant en arrière vont se noyer dans la choroïde, exercent pendant l'accommodation une tension et une traction sur cette membrane qui peut être assez énergique pour produire sa distension et sa rupture en son point le plus faible, c'est-à-dire au pourtour du nerf optique, et pour déterminer ainsi un staphylôme postérieur.

A une époque de la vie où le muscle ciliaire est le plus énergique, où la lecture demande une plus forte dose d'attention que plus tard et où les écoliers sont soumis à l'influence du mauvais éclairage des classes, il importe donc de prévenir la production de la myopie.

Dans ees dernières années, beaucoup d'efforts ont été tentés relativement à l'éclairage des écoles. La règle exacte pour mesurer l'éclairage, en un point d'une salle, a été posée par le docteur Gariel : sa valeur est donnée par le volume de la pyramide obtenue en joignant le point en question aux angles de la fenêtre éclairante et prolongeant ces arêtes jusqu'à la surface imaginaire de la sphère céleste : C'est M. Javal qui avait fait ressortir la fausseté des règles adoptées en cette matière dans des pays voisins et qui a montré la nécessité d'éclairer la place la plus obscure de la classe, sans se préoccuper des autres, qui a étudié la question tout à fait capitale du *vis-à-vis* et posé des règles relatives à la hauteur des constructions voisines de l'école.

On a également beaucoup fait pour améliorer la position de l'écolier, de façon qu'il ne soit pas forcé d'écrire sur ses genoux ou qu'il ne soit pas couché sur son livre. On a mesuré des milliers d'enfants, on a calculé des moyennes et on est arrivé, après ces savantes recherches, à établir jusqu'à six dimensions de bancs scolaires gradués; peut-être est-ce aller trop loin, mais n'est-il pas singulier que, dans nos maisons, nous fassions plus mal que ce qui est adopté dans les écoles primaires? Ici la solution doit être un peu différente, car il est bien plus commode de faire asseoir les enfants de différents âges à une seule et même table de hauteur ordinaire.

Une chaise ordinaire mesure 45 centimètres de hauteur, et le fauteuil de bébé de 56 à 57 cent., nous parerons aux besoins les plus urgents en faisant construire une chaise intermédiaire de 52 cent. A mesure que l'enfant grandira on sciera les pieds de la chaise en se rappelant qu'il importe que ses yeux ne soient jamais à moins de 33 centimètres de l'objet qu'il doit regarder. Dans tous les cas, on fera bien d'y fixer une planchette, de lui donner un tabouret ou de lui laisser appuyer ses pieds sur les barreaux de la chaise, ce qu'il fera d'ailleurs toujours bien volontiers.

Une autre question à examiner est celle de la finesse déplorable des caractères employés dans

l'impression des livres destinés à l'enfance. Dans le prix de revient des livres scolaires, les droits d'auteur n'entrent pas en ligne de compte, et les frais de composition disparaissent si bien que ces livres se vendent à peu près au poids. Il en résulte qu'avec leur tirage considérable, les éditeurs, pour soutenir la concurrence et vendre suffisamment bon marché, sont obligés d'utiliser le plus complètement possible la surface du papier en réduisant au minimum les marges, les interlignes et surtout la surface occupée par chaque lettre. Quoi qu'il en soit, on peut sauvegarder les droits sacrés des éditeurs en même temps que les droits non moins sacrés de nos enfants. M. JAVAL a prouvé, en effet, que toutes choses égales d'ailleurs, la lisibilité d'un texte imprimé ne dépend pas de la hauteur des lettres mais de leur largeur, et il a rendu ce fait sensible et évident pour ses auditeurs en leur faisant constater sur la petite plaquette qu'ils avaient entre les mains, la lisibilité plus grande des caractères imprimés en 5 typographique de largeur plus considérable et de hauteur moindre que les caractères imprimés en 6.

Jusqu'ici, ajoute M. JAVAL, il n'a été question que de l'hygiène des yeux sains, mais tous ne possèdent pas cette qualité, et il en est beaucoup dont les défauts ne résistent pas à l'épreuve des moyens d'investigation que nous possédons actuellement. Les uns sont trop longs, ce sont les *myopes*, les autres sont trop courts, ce sont les *hypermétropes,* d'autres enfin sont aplatis suivant des axes différents ce sont des *astigmates*.

L'astigmatisme est l'affection dans laquelle il y a inégalité de visibilité des lignes suivant différentes directions.

THOMAS YOUNG, le célèbre auteur de la théorie des interférences, l'a décrite le premier, après l'avoir observée sur lui-même, dès la fin du siècle dernier. Il fallut plus d'un demi-siècle pour que cette notion commençât à pénétrer dans le public médical.

Vers 1854, le commandant GOULIER, aujourd'hui colonel, sans connaître le travail de Th. YOUNG, observa ce défaut optique chez plusieurs de ses élèves de l'Ecole d'application de Metz, et il composa un tracé linéaire pour effectuer la mesure du degré de ce vice de réfraction. La découverte de M. Goulier demeura pendant quinze ans dans un pli cacheté à l'Académie des sciences. Pendant cet intervalle, d'autres avaient découvert aussi la fréquence de l'astigmatisme et avaient perfectionné les moyens de rechercher les verres cylindriques, correcteurs de ce défaut.

Si l'on assimile l'œil à un ellipsoïde à trois axes inégaux, le verre cylindrique, convenable pour ramener à l'égalité la réfraction des deux arcs situés dans le plan perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur, jouit de la propriété très-heureuse d'égaliser en même temps la réfraction dans tous les autres méridiens. La correction de l'astigmatisme se réduit donc à la recherche du verre cylindrique approprié.

J'ai lu autrefois, dit M. JAVAL, l'histoire d'une personne désespérée d'avoir une mauvaise vue incurable. Elle essayait à chaque instant de procurer quelque amélioration à son état en adaptant à ses yeux tous les verres qui lui tombaient sous la main. Le verre de sa lampe étant venu à casser, elle eut l'idée de regarder à travers l'un des fragments, et il se trouva que ce verre représentait exactement le rayon de courbure nécessaire à la correction de l'astigmatisme dont elle était affectée; elle se servit de ce verre pendant tout sa vie. Actuellement nous n'attendons plus un hasard heureux pour faire l'application de verres correcteurs exacts.

L'astigmatisme est très-fréquent. Chez toutes les personnes dont la vue est mauvaise ou délicate, chez tous les myopes qui ne voient pas parfaitement bien au loin avec le secours des verres concaves, chez les presbytes qui ne trouvent pas de verres convexes avec lesquels ils puissent lire indéfiniment sans aucune fatigue, il y a lieu de suspecter l'astigmatisme.

Pour convaincre de ce fait son auditoire, M. Javal, montrant le cadran sur lequel sont tracées des lignes verticales et des lignes horizontales, demande aux personnes qui distingueraient mieux les premières que les dernières de vouloir bien se lever. Après quelques hésitations, faciles à comprendre dans la circonstance, une trentaine se décident à faire l'aveu public de leur imperfection optique. A la seconde épreuve, relativement à la visibilité des lignes horizontales, nous constatons encore dans la salle la présence d'une vingtaine d'astigmates.

L'épreuve faite par les personnes voyant mieux les lignes de telle ou telle obliquité déterminée, aurait fourni un nouveau contingent d'astigmates, et encore le nombre constaté eût-il été bien plus considérable si chacun, avant de faire l'épreuve, eût pris le soin de fermer le meilleur de ses yeux, car l'astigmatisme est presque toujours la cause de l'infériorité d'un œil relativement à l'autre.

(*Tribune médicale*) (*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SUR LA VIE

A Monsieur le Docteur Mara,

Nous nous empressons de répondre à vos observations sur la question des assurances; venant d'un collaborateur qui nous a donné déjà, sous toutes ses formes, des preuves de véritable concours, elles ont plus de valeur.

Vous reconnaissez la supériorité du projet soumis aux lecteurs du *Concours médical*. Vous objectez que nous ne pourrons tous nous imposer le sacrifice de primes élevées. Nous répondons que chacun peut mesurer ses prétentions à ses facultés.

Vous dites qu'il serait préférable, puisque les Compagnies réalisent *d'immenses bénéfices*, de faire nos affaires nous-mêmes, avec les seules ressources des produits du *Concours*. Certes, si

tous le veulent, comme vous et vos amis, nos ressources peuvent devenir grandes. Mais d'abord, nous supposons que vous n'avez pas en vue la New-York.

Celle-ci est une mutuelle à primes fixes sans actionnaires. Ses quarante-six mille assurés seuls touchent les bénéfices. Les frais généraux qui ont été de seize à dix-sept pour cent de 1860 à 1870, en moyenne, ont été de onze pour cent, en moyenne de 1870 à 1879 et les revenus des fonds de garantie ont suffi et au delà, depuis dix ans à payer les sinistres et les rentes viagères. Donc, les bénéfices que vous qualifiez *d'immenses* reviennent totalité aux assurés. C'est une des raisons pour lesquelles les combinaisons proposées sont si avantageuses.

Nous avons dit pour quelles raisons une assurance entre médecins était une *déplorable affaire.* Ce en quoi nous sommes d'accord, c'est que les produits du *Concours* devront être en partie consacrés par une décision annuelle, aux héritiers des confrères décédés dans l'année.

C'est une *véritable assurance*, que de pouvoir répartir, sans aucun frais, une somme déterminée. Assuré ou non à la New-York les ayant-droits de chacun de nous participeront à cette répartition.

Que ces produits du Concours soient élevés, cette répartition pourra être considérable. Qu'ils le soient plus encore et alors nous pourrons penser, non à créer entre médecins une assurance onéreuse, mais à verser à la New-York, *au nom et au bénéfice de chaque adhérent*, une prime en rapport avec nos ressources. Voilà les frais d'administration supprimés et la sécurité absolue.

Nous espérons, très-honoré confrère, vous avoir donné satisfaction et serons heureux de trouver dans vos lettres l'occasion des explications si souhaitables, dans une si sérieuse matière.

Votre tout dévoué confrère,

Dr A. C.

RENSEIGNEMETS SUR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE LA NEW-YORK, 19, AVENUE DE L'OPÉRA, PARIS

(*Suite*)

Depuis l'année de sa fondation, 1845, jusqu'au 1er janvier 1880, la NEW-YORK a émis 142,218 polices assurant. . . . . . . Fr. 2.107.366.256 »
Elle a reçu en primes. . . . . . 428.535.489 »
Elle a reçu en intérêts. . . . . . 99.878.803 »
Elle a payé pour échéances de contrats. . . . . 113.365.079 »
Elle a payé en dividendes et rachats de polices. . . . . 143.604.710 »
Son actif au 1er janvier 1880 était de. . . . . 202.101.707 »

Depuis dix ans les intérêts des placements ont plus que suffi pour couvrir les sinistres. Ce fait témoigne d'une mortalité très-faible, et par conséquent, du soin extrême qu'apporte la Compagnie au choix de ses risques.

EMPLOI DES BÉNÉFICES. — Tout les ans, vers l'époque où sa prime échoit, l'assuré reçoit avis du dividende qui a été déclaré sur sa police (1).

Ce dividende lui est offert sous deux formes : comme valeur en espèces ou comme augmentation du capital assuré. Si l'assuré opte pour la valeur en espèces, la Compagnie déduit cette valeur de la prime qui va échoir, et l'assuré ne paie qu'une prime réduite ; s'il opte, au contraire, pour l'augmentation de son capital, cette augmentation produira à son tour des bénéfices, et l'assuré garde le droit d'appliquer la valeur en espèce de son augmentation au moment d'une prime ultérieure, pourvu qu'à l'échéance, ou avant, il en fasse la demande écrite à la Compagnie.

EXEMPLE :

Assurance en cas de décès, à prime viagère.

Police n° 83,646, émise en 1871. Age : 42 ans. Capital : fr. 30.000.

Année	Prime	DIVIDENDE en espèces	DIVIDENDE en augmentation du capital	Rapport du dividende espèces à la prime Pour cent
1871	1011 60	134 80	329 20	13 30
1872	1011 60	—	—	—
1873	1011 60	150 —	357 60	14 80
1874	1011 60	164 80	384 —	16 30
1875	1011 60	172 —	380 —	17 —
1876	1011 60	184 80	375 20	18 20
1877	1011 60	194 40	387 20	19 20
1878	1011 60	202 40	395 20	20 —

Ainsi, dans l'exemple ci-dessus, si l'assuré avait opté tous les ans pour le dividende en espèces, sa deuxième prime aurait subi une réduction de 134 fr. 80 c., sa troisième prime une réduction de 150 francs et ainsi de suite. Si, au contraire, l'assuré avait opté régulièrement pour l'augmentation de son capital, son premier dividende lui aurait donné une augmentation de 329 fr. 20 c., son deuxième dividende une augmentation de 357 fr. 60 c., et au bout de sept ans, le capital payable à son décès aurait été de 32,608 fr. 40 c. En outre, comme ces augmentations du capital sont susceptibles d'être converties en espèces pour le paiement d'une prime, à la condition qu'on en fasse la demande à l'échéance, ou avant, elles seraient d'un secours précieux à l'assuré pour le maintien de sa police dans le cas d'embarras pécuniaire.

On voit, par cet exemple, que le premier dividende annuel dans les assurances en cas de décès, à prime viagère, est d'environ 13 0/0 de la prime. Nous devons ajouter que, dans les assurances à prime temporaire, ce premier dividende n'est que de 6 à 10 0/0, mais comme dans tous les cas, il augmente d'année en année, à mesure que vieillit la police, l'assuré a toujours plus d'avantage à choisir le tarif avec participation aux bénéfices que le tarif sans participation.

(1) Ceci ne s'applique qu'aux polices à participation annuelle. L'assuré qui préfère laisser ses bénéfices s'accroître entre les mains de la Compagnie, ce qui constitue un troisième mode d'emploi, demandera une police dite *d'accumulation.*

Suspension des paiements. — Toutes les polices de la Compagnie, à la seule exception des polices d'accumulation, portent que l'assuré qui suspend ses paiements après avoir versé trois primers annuelles, au moins, n'est pas déchu de ses droits : le montant de son assurance est simplement réduit à des proportions équitables en rapport avec le nombre de versement effectués, et la police originelle est remplacée par une police *libérée*, sans participation aux bénéfices, qui n'impose plus aucune charge à son propriétaire. La seule condition à remplir pour obtenir cette police libérée, c'est de la demander à la Compagnie dans les six moix qui suivent le défaut de paiement de la prime.

Règlement des sinistres. — Les capitaux échus pour cause de sinistre sont payés dans les soixante jours qui suivent la réception par la Compagnie de preuves satisfaisantes du décès. Nous sommes en droit d'ajouter que la compagnie jouit d'une réputation bien méritée de libéralité à cet égard. L'expérience a démontré que des cas peuvent se présenter où le paiement du sinistre est recommandé selon l'équité, bien qu'il ne soit pas strictement exigible selon la loi. Les archives de la Compagnie contiennent de nombreuses attestations de veuves et d'orphelins relatives à ses bons procédés en de telles occurrences. En effet, comme la Compagnie n'a pas d'actionnaires, elle ne saurait avoir un intérêt quelconque qui ne soit celui de ses assurés. Le Conseil d'administration a simplement un rôle d'arbitre entre les associés, il n'a nul motif pour refuser aux uns ce qu'il accorde à d'autres.

En 1877, la Compagnie a réglé 569 sinistres montant à . . . . Fr.	8.190.640
Sur cette somme, les assurés décédés avaient versé en primes.	2.689.435
Leurs héritiers ont donc bénéficié de. . . . . Fr.	5.501.205
En 1878, la Compagnie a payé pour sinistres. . . . . Fr.	8.746.378

VARIÉTÉS

LA FÊTE DES QUINZE-VINGTS.

Dimanche 9 mai a eu lieu aux Quinze-Vingts la pose de la première pierre de la clinique nationale ophthalmologique récemment instituée grâce à l'initiative de M. Pephau, directeur, et le bienveillant concours de M. Lepére ministre de l'intérieur.

Cette clinique, ainsi que l'a si bien exprimé M. Pephau, — viendra en aide, à l'institution des Quinze-Vingts, qui ne peut atteindre son but philanthropique que vis-à-vis de 2,000 aveugles, alors qu'il y en a 23,000 qui restent sans asile et sans secours. Elle diminuera le nombre des aveugles de France en opérant, en traitant gratuitement ceux qui, dans les départements éloignés, sont privés des secours des médecins spéciaux et sont ainsi condamnés à ne pouvoir pas bénéficier des progrès immenses que la science vient de réaliser dans ces derniers temps.

La clinique nationale ophthalmologique, d'après le règlement fait et arrêté par M. le ministre de l'intérieur, en avril 1880, recevra gratuitement à sa consultation tous les indigents français qui s'y présenteront et hospitalisera dans ses chambres ceux dont l'affection nécessitera un traitement particulier. Ces chambres, au nombre de 8 contiendront 25 lits et leur nombre en sera augmenté suivant les besoins signalés. L'accueil empressé que toutes les compagnies de chemins de fer ont fait à la circulaire ministérielle de M. Freycinet du 22 décembre dernier permettra au malade le plus pauvre de frapper à cette porte, puisque sur la seule présentation de ce titre d'admission il lui sera délivré, tant à l'aller qu'au retour, un billet de parcours à demi-place.

Les ressources allouées par le budget lui permettront desuffire à la dépense de 9,000 journées de malades et à celle de 75,000 traitements ou pansements.

Cette solennité avait attiré une foule nombreuse. M. Lepère, accompagné de M. Gambetta, président de la Chambre, et Constans, sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur, avait voulu témoigner par sa présence de la sollicitude du gouvernement pour cette utile création.

Nous avons remarqué encore dans l'assistance MM. Gavarret, inspecteur général des facultés de médecine; D[r] Fieugal, Magnons, Laborde, Miot, Dumesnil, Napias, Galezowski, Chevallereau, Trélat, Javal, Pozzi, etc. Des places avaient été réservées à la presse qui avait été largement représentées.

Après l'allocution de M. Pephau dont nous avons donné plus haut un passage, M. Lepère a pris la parole et dans une allocution très-applaudie et empreinte des sentiments les plus élevés, il a vivement félicité le sympathique directeur du dévouement qu'il met dans les fonctions que lui a confiées le gouvernement.

Plusieurs artistes se sont fait entendre ensuite, et parmi eux M. Coquelin qui a dit avec son talent habituel, nous citerons : *Pour les aveugles* de Paul Delair.

Enfin M. Péphau a présenté à M. Lepère et à M. Gambetta, un Anglais, M. Richardson-Gardner, qui a donné huit millions aux aveugles de son pays. Le ministre de l'intérieur et le président de la Chambre l'ont vivement félicité. L'assistance applaudit ce bienfaiteur.

Une remarque : cette fête charmante coïncidait justement avec le centenaire de l'installation des aveugles dans le local de la rue de Charenton.

CHRONIQUE

Le bruit avait couru de la révocation d'un de nos abonnés, M. le D[r] Caulet, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). Nous sommes heureux de démentir cette nouvelle.

CORRESPONDANCE

— Dr C., à V. (Gard).

Vous avez le droit de faire racheter votre police, puisque vous avez payé trois primes. Le taux de rachat est de 2.53 à 2.44 pour cent assurés, si votre assurance a été contractée de trente-et-un à quarante-cinq ans. Vous pourriez aussi demander à votre Compagnie une police libérée de toute prime et payable à la même époque que votre assurance primitive. Le taux varie entre 7.47 et 10.39 pour 0/0 assurés, entre trente-et-un et quarante-cinq ans.

— Dr S., 884 (Aisne).

Le capital nécessaire pour constituer sur une tête de cinquante ans une rente viagère de 5.000 francs capital aliéné, est, si la rente est payable annuellement, 58.275 »
par semestre 59.525 »
par trimestre 60.015 »

La prime à payer annuellement, à l'âge initial de trente-quatre ans, pour constituer une rente viagère de 5.000 fr., dont l'entrée en jouissance commencerait quinze ans après la signature du contrat, serait de 3051 fr. 50 cent., avec condition que, dans le cas où le futur rentier viendrait à mourir, avant l'entrée en jouissance, la Compagnie rendrait à ses héritiers toutes les primes payées, sans intérêts. La Compagnie n'accepte pas le paiement des primes par fractions, lorsqu'il s'agit d'achat d'une rente viagère.

— Dr F., à T. B., 3 mai.

Nous vous inscrirons participant. Vous n'êtes redevable que du prix des numéros reçus.

— Dr M., 648.

Il est trop tard. Merci.

— Dr V., 962.

Notre avis est que, dans un cas semblable, il ne faut pas s'exagérer le préjudice causé; que le temps, plus qu'une exigence trop élevée, vous fera justice.

— Dr M., à S., 5 mai.

Nous nous bornerons à fournir les renseignements communiqués.

— Dr A. B., 51 (Puy-de-Dôme).

Nous avons déjà répondu que nous n'étions pas disposés à cela. Nous pourrions seulement vous satisfaire pour votre département.

— Dr C., 597 (Hérault).

Nous désirerions les statuts de cette société. Nous n'avions reçu aucune lettre du Dr C., quo nous inscrirons en votre nom. Pourquoi les confrères regrettent-ils de ne pas s'être unis à nous, dès la première heure, puisqu'ils n'ont qu'un mot à vous dire. Merci de votre envoi.

— Dr L., à R. (Nord), 7 mai.

Vous pouvez, si vous partagez nos idées, venir à nous sans sacrifice. Nous espérons donner les satisfactions que vous indiquez et les satisfactions scientifiques. Elles ne s'excluent pas. Votre lettre est intéressante.

— Dr C., 201 (Saône-et-Loire).

Inscrit les deux confrères, selon votre désir. Nous sommes assurés de votre entier concours.

— Dr R., à Ch. (Haute-Marne).

Vous êtes inscrit participant à la demande de notre confrère G. Les dix-huit numéros vous ont été adressés. Prix : 0.25 par exemplaire.

— M. J.-F., médecin à St-P. (Loire-Inférieure), 5 mai.

Devenez des nôtres et votre assurance sera facilitée par la caisse de prévoyance.

— Dr A.-F., à B. (Pas-de-Calais), 5 mai.

Même réponse.

— Dr D., à A., L. A. (Nord), 5 mai.

La Compagnie a dû vous écrire.

— Dr P.-A., à B. (Puy-de-Dôme).

Inscrit le Dr F. M., selon votre désir.

— Dr L. M., à A. D. P.

La table vous sera adressée bientôt.

— Dr C., à T. (Algérie), 4 mai.

Merci de votre augure favorable qui est en voie de se vérifier. Fait l'envoi réclamé.

— Dr P., 796.

L'envoi a dû vous parvenir. Vous pouvez bien dire *notre* journal. Il sera le vôtre dès que notre constitution sera complétée.

— Dr E., 986 (Oise).

Le prix du registre est en raison du nombre de pages qu'on souhaite.

— Dr C. L., à St-M. (Gironde), 9 mai.

Les participants n'ont pas encore de numéro. — Envoyé les numéros reclamés. Prix : 0.25 cent. et envoyé au Dr R..

— Dr T., 944 (Loire-Inférieure).

L'opération peut être réalisée de deux façons : pour la rente viagère seule, ou par une combinaison de rente viagère et d'assurance.

1o *Rente viagère.*

Moyennant le versement d'une prime unique de	3.000 f.
Vous pouvez acheter une rente viagère de	892 29
payable par semestre, dont le premier semestre, soit	446 14
vous sera payé dans vingt ans. Vous désirez une rente viagère de	2.400 »
la seconde partie, soit	1.507 71
sera achetée moyennant versement pendant vingt ans, d'une prime annuelle de	443 71

Pas d'examen médical, pas de participation aux bénéfices. Si vous cessez vos versements avant la vingtième année, pourvu que vous en ayez effectué trois au moins, la rente de 1.507 fr. 71 cent., sera réduite proportionnellement au nombre des primes annuelles versées.

2o *Rente viagère et assurance.*

Comme dans le premier cas, on achètera avec le capital de 3.000 fr.. une rente viagère annuelle de 892 fr. 29 c., payable par semestre dans vingt ans.

Et, pour se procurer la seconde portion de la rente vous ferez une assurance mixte de vingt ans, au capital de 7.500 fr.

Vous paierez une prime annuelle de 373 fr. 42 cent.

Dans vingt ans, vous toucherez en employant vos bénéfices par le mode de l'accumulation, un capital total de 16.000 fr., ou, moyennant l'abandon de ce capital, vous vous constituerez une rente viagère payable annuellement de . . . 1.546 51
Joignant à cela votre rente de . . . 892 29

Vous aurez au total une rente de . . . 2.438 80

Mais si vous venez à mourir avant vingt ans, la Compagnie paiera à vos ayants-droit une somme de 7.500 fr. Elle ne fait pas d'assurances à fonds perdu en cas de décès.

— M. le Dr S., à T. (Seine-et-Marne).

Age vingt-huit ans et six mois, comme vingt-neuf ans. Assurance mixte de vingt ans.

Capital assuré	15.000
Prime annuelle	724 95

Si vous laissez les bénéfices s'accroître pendant quinze ans par le mode de l'accumulation, vous toucherez dans quinze ans, en espèces, une valeur totale de environ 24.780 »

La rente que vous pourrez vous constituer en échange de cette valeur totale serait d'environ. . . 1.935 fr. 31 c. au taux de 7 fr. 81 cent. pour 100 francs versés.

Si vous vouliez seulement employer les bénéfices à vous constituer une rente, vous toucheriez en espèces, votre capital de 15.000 fr., et auriez en échange des bénéfices, une rente viagère annuelle de environ. . . 763 fr. 81 c.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 21 22 mai 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

— La recherche du principe actif de l'écorce de grenadier a conduit d'abord à la découverte d'un alcali nommé pelletiérine par M. Tauret. Quelque temps après, le même expérimentateur extrayait quatre nouveaux alcaloïdes.

Il était intéressant d'étudier ces différentes substances au point de vue de leur action physiologique et thérapeutique et c'est ce qu'a entrepris M. Dujardin-Beaumetz.

Nous reviendrons sur ce travail, qui mérite une analyse détaillée.

— A propos de la lecture du rapport lu par M. Hervieux au nom de la commission de vaccine, M. Depaul a présenté quelques observations que nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

M. Depaul examine les deux questions soulevées dans le rapport de M. Hervieux : 1° sur la valeur des cicatrices vaccinales ; 2° sur les éruptions vaccinales secondaires.

En ce qui concerne la première question, M. Depaul rappelle qu'il a démontré depuis bien longtemps que les cicatrices vaccinales ne prouvent rien. Cette démonstration, il l'a faite pendant qu'il était directeur de la vaccine à l'Académie, alors que l'opinion contraire, obstinément soutenue par M. Bousquet, son prédécesseur, était admise généralement.

M. Depaul dit qu'il peut, sur ce point, ajouter aux faits nombreux signalés dans le rapport de M. Hervieux un fait dont il a été témoin il y a une dizaine d'années, et qui lui a été fourni par la vaccination d'un régiment de turcos, alors logés à Paris dans la caserne du quai d'Orsay. Ces hommes de race nègre ou demi-nègre, étaient à peu près tous labourés de cicatrices de petite vérole. Ils lui furent cependant amenés par le médecin du régiment pour être vaccinés, à cause de l'épidémie de variole qui régnait alors à Paris. Chose singulière, alors que, sur les individus antérieurement vaccinés, les revaccinations ne donnaient que 30 à 33 p. 100 de succès, sur ces turcos la vaccination réussit dans la presque totalité des cas. M. Depaul a consigné ce fait remarquable dans un rapport qu'il lut à l'Académie à cette époque. La cicatrice n'est donc pas un critérium certain de l'aptitude ou de l'inaptitude des individus à contracter la vaccine ou la variole.

Quant à la question des éruptions secondaires, M. Depaul dit que ces éruptions ne sont pas très-communes avec la vaccine ordinaire. Toutefois, on les observe de temps en temps, et il n'est pas d'année que, dans son service d'hôpital, où tous les enfants sont vaccinés quelque temps après leur naissance, M. Depaul n'ait l'occasion d'observer des éruptions générales survenant du huitième au dixième jour après la vaccination et s'accompagnant d'un état fébrile léger qui tombe au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Ces éruptions secondaires, assez rares avec le vaccin ordinaire, sont plus fréquentes avec le vaccin animal, c'est-à-dire avec le vaccin pris sur la vache préalablement inoculée.

Si l'on remonte au temps de l'inoculation de la variole, avant que Jenner eût fait la découverte

de la vaccine, on voit, par les écrits des auteurs du siècle dernier, que, règle générale, l'inoculation de la variole était suivie d'abord d'une éruption localisée aux points où l'inoculation avait été pratiquée; puis, vers le neuvième ou dixième jour, se manifestait un état fébrile accompagné de l'apparition d'une éruption sur diverses parties du corps, éruption discrète, qui n'avait rien de sérieux et de grave dans l'immense majorité des cas.

M. Depaul a fait lui-même quelques expériences de ce genre; il a inoculé à diverses personnes le virus varioleux pris sur des individus vaccinés et ayant des pustules de varioloïde. Dans quelques cas, il n'a observé qu'une éruption localisée aux points de l'inoculation; dans d'autres, il a vu survenir, vers le neuvième ou le dixième jour après l'inoculation, une petite éruption développée sur différentes parties du corps, mais toujours discrète. Il n'existe donc pas de différence notable entre les résultats de la vaccination et de l'inoculation variolique, si ce n'est que, dans l'inoculation du virus varioleux, les éruptions secondaires se manifesteraient un peu plus souvent que dans la vaccination avec le vaccin ordinaire ou avec le vaccin animal.

M. Hérard a fait quelques réserves, mais sans contester absolument la justesse des observations de M. Depaul.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LE CHARBON

Symptomatologie (1).

C'est sur les dissemblances apparentes qu'a été créée la division des affections charbonneuses en pustule maligne, œdème malin, fièvre charbonneuse. Nous croyons avoir surabondamment montré que réellement l'infection était une dans sa cause et sa genèse, une aussi dans les lésions qu'elle détermine, et que ces appellations diverses ne pouvaient que répondre aux phénomènes objectifs extérieurs. Mais, par cela même que ces phénomènes sont variables, il nous semble indispensable de conserver la division en formes différentes dans l'étude symptomatologique du charbon, et nous passerons en revue successivement la pustule maligne, l'œdème et la fièvre charbonneuse.

(1) Voir les numéros du 10 avril et du 1er mai.

Pustule maligne. Entre le moment où s'est produite l'inoculation et celui où apparaissent les premiers symptômes, s'écoule une période d'incubation de durée variable (courte pourtant le plus souvent), et au bout de laquelle se montre, accompagnée d'une démangeaison légère, une petite tache rouge assez analogue à celle que laisse la piqûre d'une puce.

Au centre de cette rougeur, se détache bientôt une petite vésicule contenant un liquide citrin, plus rarement coloré. Le tissu sous-jacent s'indure, tandis que la région voisine se gonfle et que la rougeur à la peau s'étend, plus ou moins diffuse.

Il est assez rare qu'on ait à observer cette première lésion: le malade n'y attache pas grande importance, et d'ailleurs la sensation de démangeaison, de cuisson même, qui accompagne l'éruption de la vésicule, le porte à la rompre: or, cette rupture change complètement l'aspect du mal.

Au lieu de la vésicule, on trouve une dépression cratériforme, noirâtre (ecchymose sous-vésiculaire), formée le plus souvent par une escarre sèche de dimensions minimes et entourée d'un cercle de petites phlyctènes (vésicules secondaires), remplies de sérosité tantôt citrine, tantôt colorée. Elle se détache sur un fond d'un rouge sombre, ou bien livide ardoisé, dont la teinte se perd insensiblement dans celle de l'aréole inflammatoire périphérique.

La lésion locale s'est étendue en surface et en profondeur. Le gonflement œdémateux est généralement considérable et les parties voisines de l'escarre centrale acquièrent une dureté de bois.

Ajoutons que la douleur locale est nulle, et que, l'infection générale n'ayant pas encore commencé, les symptômes généraux font absolument défaut; le pouls présente à peine un peu d'agitation.

Tels sont les caractères de la pustule maligne que l'on rencontre le plus souvent. Mais il est aussi quelques modalités différentes que nous devons signaler. On en a voulu faire des variétés, nous ne saurions admettre cette manière de voir: l'épaisseur de la peau plus ou moins grande, la vascularité de la région, les conditions extérieures plus ou moins favorables, sont les seules causes qui modifient l'aspect des pustules malignes, et ce ne sont pas des raisons suffisantes pour légitimer la création de variétés différentes.

Signalons, tout d'abord, les cas où la réaction est nulle, où la rougeur inflammatoire fait complètement défaut: sur une surface à peine jaunâtre se détache la pustule, petite, blafarde elle-même, avec une escarre centrale grisâtre et des

vésicules citrines; le gonflement est peu intense, la région totalement indolente.

Dans d'autres cas, l'évolution semble se faire surtout en surface, l'infection générale est retardée et l'on voit se succéder les différentes phases de la lésion locale que nous avons étudiées dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique. L'escarre centrale gangréneuse, grisâtre, plus ou moins molle, peut alors atteindre les dimensions d'une pièce de cinq francs; elle est, comme toujours, entourée d'une aréole vésiculaire et accompagnée, le plus souvent, d'une réaction inflammatoire très-accusée.

Quoi qu'il en soit, la pustule maligne est à son premier stade, stade d'état, de lésion locale; la propagation de l'infection, si elle a commencé, ne se manifeste par aucun signe extérieur.

Mais souvent le malade a attendu plus longtemps, il a suivi les conseils d'empiriques, fait des applications de toutes sortes, et, lorsqu'il se décide à consulter le médecin, l'infection charbonneuse a commencé à se propager, les symptômes généraux se sont montrés. C'est le second stade, stade de propagation.

On trouve alors une escarre centrale large, occupant la place de la vésicule primitive et des vésicules secondaires, entourée de phlyctènes plus récentes, remplies d'un liquide foncé et situées sur une surface ardoisée qui s'étend plus ou moins loin et se dégrade pour se confondre avec la zone inflammatoire d'un rouge sombre. Le gonflement s'étend au loin et la région œdématiée devient douloureuse.

Les vaisseaux lymphatiques dilatés se montrent sous la forme de traînées rouges partant du foyer d'infection et conduisant aux ganglions voisins qui s'engorgent et deviennent douloureux.

La fièvre s'est allumée, la peau est chaude et sèche, le pouls fréquent et petit. Le malade se plaint d'avoir la tête pesante, il ressent des frissons, il éprouve des nausées suivies parfois de vomissements bilieux.

Un traitement énergique peut encore arrêter les progrès du mal et le troisième stade est alors une période de réaction et d'élimination; mais si l'intervention chirurgicale fait défaut, l'infection se généralise rapidement, et ce stade ultime devient celui d'infection générale et de mortification.

Alors le gonflement des parties augmente, s'étendant de plus en plus ; la douleur devient excessive; des phlyctènes noirâtres apparaissent, çà et là, à la surface de la peau dont la teinte livide se fonce progressivement.

Les symptômes généraux s'aggravent, la fièvre augmente, le malade se plaint de brûlure intérieure, sa soif est inextinguible, en même temps que la peau se couvre de sueurs froides. Les vertiges sont continuels. Les vomissements deviennent plus fréquents, le ventre se météorise, des selles colliquatives surviennent. La respiration s'accélère et devient difficile, l'angoisse et l'agitation augmentent jusqu'à ce qu'enfin, la résistance de l'économie soit épuisée : le pouls s'affaiblit, la température périphérique s'abaisse, la sensibilité s'émousse, les syncopes se montrent et le malade finit par succomber dans le coma le plus profond.

Si, au contraire, la maladie doit avoir une issue heureuse, on voit les caractères de la seconde période s'amender ; le pouls se développe ; la peau, de sèche qu'elle était, devient humide, et la transpiration se rétablit. Les vomissements, l'anxiété, la céphalalgie disparaissent, faisant place à un sentiment de mieux être qu'accuse le malade.

En même temps la *dureté de bois* des parties voisines de l'escarre fait place à une élasticité plus ou moins grande, la chaleur locale augmente et la réaction inflammatoire commence son travail d'élimination. Entre les parties mortifiées et les tissus sains apparait une ligne d'un rose pâle qui délimite l'escarre dont la chute ne tardera pas. La suppuration s'établit, la température baisse pour ne plus remonter; le gonflement, qui parfois a augmenté à la suite de l'intervention chirurgicale, disparait à son tour, ainsi que la rougeur, et la marche devient celle d'une plaie avec perte de substance.

Ces signes favorables se succèdent assez rapidement; mais parfois, bien que le traitement ait été suffisant, la réaction est lente à se manifester ; il n'est pas rare alors de rencontrer du délire (lorsque surtout le mal siège à la face ou au cou), ou bien de la somnolence; la fièvre reste intense, la dureté des tissus persiste, le liseré tarde à se montrer, en un mot, les phénomènes morbides, sans augmenter, ne diminuent pas. Il n'y a pas lieu de désespérer, car une détente survient bientôt, la suppuration apparaît, les symptômes généraux s'effacent et tout rentre dans l'ordre.

La marche, comme la durée, de la pustule maligne sont essentiellement variables : tantôt les divers stades se manifestent nettement et successivement ; tantôt, au contraire, ils se succèdent avec rapidité et s'observent, pour ainsi dire, simultanément.

L'incubation dure, en moyenne, de un à trois jours; on l'a vue pourtant se réduire à quelques heures, de même qu'elle a pu se prolonger plus longtemps. Le stade d'infection locale dure généralement de trois à cinq jours, par les temps froids

pourtant il peut aller jusqu'à huit et même dix jours : le froid, en anémiant la peau et les tissus périphériques, s'oppose vraisemblablement à l'extension de la lésion. Le stade de propagation est parfois très-court et se confond, pour ainsi dire, avec le stade ultime ; en général, on peut lui assigner une durée de deux à quatre jours.

Quant au dernier stade, qu'il s'agisse d'intoxication générale ou bien, au contraire, de réaction salutaire, sa durée est sensiblement la même, de quatre à six jours. Ou bien la mort arrive, ou bien les phénomènes propres à l'infection charbonneuse disparaissent, et il ne reste plus que les lésions déterminées par l'intervention chirurgicale et qui n'appartiennent plus à l'histoire du charbon.

Disons d'ailleurs que des temps d'arrêt peuvent se montrer, sous l'influence d'un traitement même insuffisant, dans le cours des deux premiers stades; mais, dans tous les cas, ils sont de courte durée et ne modifient en rien la marche générale de l'infection.

C'est qu'en effet la pustule maligne, si elle est abandonnée à elle-même ou si elle n'est pas entièrement détruite, amène fatalement la mort. Quelques auteurs prétendent avoir observé des cas de guérison spontanée: s'agissait-il de pustules véritablement charbonneuses? Il est permis d'en douter, lorsque l'on voit surtout ces auteurs admettre une variété de *pustules phlegmoneuses* (?). Jamais, on le sait, la pustule maligne ne revêt ce caractère, *jamais elle ne contient de pus*, et l'apparition de la suppuration, après la cautérisation, indique nettement la terminaison du processus infectieux propre à la maladie. — Nous ne nous arrêtons pas, bien entendu, *au nombre prodigieux* de guérisons obtenues par les charlatans et les empiriques. Il n'est pas de furoncle, pas de pointe d'acné, qui, sous leurs yeux, ne devienne un charbon et qui ne leur fournisse l'occasion de grossir leur renommée, en garnissant leur bourse, — car eux, ils sont payés comptant !

Œdème charbonneux. — L'œdème charbonneux, au premier abord, ne diffère pas sensiblement des autres œdèmes. On l'observe aux paupières, aux lèvres, dans le voisinage des muqueuses ou dans les régions qui présentent un tissu cellulaire sous-cutané lâche et abondant.

La région est gonflée et la tuméfaction est molle, demi-transparente, d'une teinte jaunâtre le plus souvent : rien ne fait soupçonner la nature de l'affection. Mais les phénomènes changent rapidement de caractère : la dureté s'accroît, la teinte de jaunâtre passe au bleuâtre, puis se fonce au point de prendre un aspect ardoisé. Des phlyctènes disséminées se montrent gorgées d'un liquide foncé et la gangrène survient rapidement. D'autre part les phénomènes généraux se manifestent : les ganglions lymphatiques, lorsqu'ils sont accessibles, sont trouvés durs, gonflés, douloureux. La fièvre s'allume, les vertiges et les vomissements arrivent et l'on voit successivement apparaître tous les symptômes que nous avons décrits au troisième stade de la pustule maligne.

La terminaison est également fatale, la marche plus ou moins régulière, mais tendant à l'aggravation. La durée des phénomènes initiaux est difficile à déterminer; les symptômes généraux se montrent, en général, deux ou trois jours après l'apparition de l'œdème: ils sont, du reste, d'autant plus prompts que le siége de l'œdème est plus rapproché des organes essentiels à la vie.

En résumé, l'œdème étant lui-même un phénomène secondaire, la durée totale est beaucoup plus courte que lorsqu'il s'agit de la pustule maligne ; si l'on ajoute que les régions où il se montre sont plus vascularisées, on comprendra plus facilement encore la rapidité foudroyante avec laquelle la mort arrive.

Fièvre charbonneuse. — Les lésions initiales passent inaperçues, la propagation de l'infection, elle-même, ne se manifeste guère que par quelques symptômes vulgaires qui feraient croire à un embarras gastrique. Rien, en un mot, ne peut faire naître aucun soupçon fâcheux avant que n'éclatent les signes d'infection générale.

L'anorexie fait place aux vomissements, à la douleur gastrique et intestinale ; la diarrhée est plus violente encore que dans les cas de pustule maligne, le ventre se météorise, la cavité péritonéale se remplit de liquides et de gaz.

La fièvre, d'abord modérée, ne tarde pas à augmenter ; l'oppression, l'angoisse, l'agitation, le délire se montrent; les extrémités se refroidissent ; enfin viennent le coma et la mort.

Ce sont toujours les mêmes symptômes et nous croyons inutile d'insister.

Mais il est une question qui doit nous arrêter; on a décrit dans cette variété de l'infection charbonneuse des éruptions diverses : tantôt c'étaient des gonflements ganglionnaires, tantôt des pétéchies, tantôt des tumeurs gangréneuses. Ces éruptions, qu'on admettait comme critiques ou comme symptomatiques, n'existent pas; l'ignorance des phénomènes pathogéniques du charbon, l'observation insuffisante de ses lésions externes, seules, ont pu conduire à une interprétation erronée.

Ce que nous avons exposé, en traitant l'anatomie

et la physiologie pathologiques de l'infection charbonneuse, donne l'explication toute naturelle de ces symptômes qui sont ou primitifs ou secondaires, mais qui, du moins, ne sont jamais critiques.

Ces tumeurs qui diffèrent, le plus souvent, de la pustule maligne, le virus ayant d'emblée pénétré dans les couches sous-cutanées, ne sont que les phénomènes initiaux de l'infection, inaperçus ou négligés. Les gonflements ganglionnaires ne sont que ces adénites spéciales qui atteignent les ganglions correspondant aux départements infectés. Enfin les pétéchies sont déterminées par les hémorrhagies interstitielles qui se montrent dans tous les tissus envahis. Ces caractères d'ailleurs ne sont pas propres à la forme dite fièvre charbonneuse, on les trouve dans toutes les variétés que nous avons décrites. Leur présence ou leur absence ne dépend absolument que du siége de la lésion primitive et de la marche suivie par l'infection virulente.

Nous terminerons donc encore cette étude en affirmant l'unité symptomatologique de l'infection charbonneuse. Ces formes, que nous n'avons acceptées que pour la facilité de l'étude et du diagnostic, ne sont que des degrés divers dont les lésions antérieures nous ont échappé et qui, une fois constatés, se montrent à nous avec des signes absolument identiques, qu'il s'agisse d'œdème, de pustule maligne ou de fièvre charbonneuse.

(A suivre.) Dr A. Gassot.

NOTES CLINIQUE CHIRURGICALE

Leçon de M. le professeur Verneuil

Extirpation d'une tumeur parotidienne.

Nous avons, en ce moment, dans notre service, une jeune fille de dix-sept ans, venant de la campagne, bien constituée et présentant une tumeur de la région parotidienne, au niveau de la glande. Cette tumeur, qui s'est montrée il y a quatre ans, s'est développée lentement. Elle est indolente et un peu adhérente aux parties profondes ; elle présente sur sa surface externe une cicatrice qui tient à une application malencontreuse de pâte de Vienne.

Cette tumeur a 0,08 centimètres, dans tous ses diamètres ; elle soulève l'oreille, remonte jusqu'à l'apophyse mastoïde à laquelle elle adhère et s'étend jusqu'aux muscles de la nuque; elle fait une saillie de 4 à 5 centimètres au-dessus des parties voisines ; elle n'exerce aucune pression fâcheuse ; enfin elle n'a déterminé ni trouble circulatoire, ni compression du nerf facial. — Elle offre une consistance considérable ; elle est mamelonnée et est formée probablement de deux parties, l'une antérieure et l'autre postérieure, sans points fluctuants. Tous les signes énoncés ci-dessus : l'intégrité de la peau, la marche de la maladie, nous font diagnostiquer un enchondrome de la parotide. La consistance tient à ce que, dans les tumeurs parotidiennes, il entre des éléments cartilagineux ; l'enchondrome, en particulier, en renferme beaucoup.

Ces tumeurs, qui paraissent parfois superficielles, s'étendent, quelquefois, très-profondément. Dans le cas actuel, nous allons marcher un peu à l'aventure, peut-être rencontrerons-nous la veine jugulaire interne ou la carotide externe : peut-être le nerf facial ne pourra-t-il pas être isolé et ménagé.

Il faut, dans l'extirpation des tumeurs siégeant dans des régions difficiles, mettre en pratique le précepte de Malgaigne, c'est-à-dire rechercher les points de repère pour les artères et les points périlleux pour l'extirpation des tumeurs.

Je vais donc chercher : 1° le nerf facial, et si je ne le trouve pas, c'est qu'il sera situé profondément par rapport à la tumeur ou englobé par elle ;

2° les vaisseaux carotidiens ;

3° Enfin extirper la tumeur.

Il faut avoir soin, dans l'extirpation des tumeurs profondes d'aller en décollant avec l'instrument ou les doigts ; il faut que l'œil guide et conduise le chirurgien.

Accident causé par des abcès d'origine dentaire.

Nous avons, au no 1 de notre salle Saint-Augustin, une femme, entrée il y a trois ou quatre jours, et portant à la joue une tumeur bosselée qui offre cinq ou six lobes, séparés par des sillons plus ou moins étroits.

Au premier abord, on pourrait croire à l'existence d'une tumeur maligne. Il y a un mois, il y eut un gonflement de la joue, une fluxion et un petit abcès. Depuis cette époque, le gonflement a diminué, mais il n'a pas complètement disparu. La malade n'a pas eu de douleurs. On a appliqué des émollients sans succès. Nous avons affaire à une affection qui n'est pas rare et qui est souvent soignée des mois et des années sans aucun résultat ; une fistule multiple en arrosoir ; plusieurs des lobes sont, en effet, perforés.

Dans l'immense majorité des cas, ces fistules sont entretenues par une affection de l'os maxillaire ; ce sont des *fistules ossifluentes* de provenance osseuse ou dentaire (os maxillaire, dent); il est utile d'établir cette distinction au point de

vue thérapeutique. Les fistules osseuses viennent de l'abcès de l'os maxillaire; les fistules dentaires sont consécutives à une altération de la dent elle-même; dans ces cas, il s'est souvent formé une périostite, une nécrose et une fistule alvéolo-dentaire. Ces fistules s'établissent ainsi : la dent cariée détermine de la périostite qui, se propageant à la cavité alvéolaire, amène la périostite alvéolo-dentaire, avec un petit écoulement purulent par fistule de l'abcès sous-périostique. Cet abcès, une fois ouvert, ne se cicatrise pas facilement ; s'il se ferme, d'autres peuvent se produire.

Ces fistules multiples (en arrosoir) n'ont, du côté buccal, qu'un seul orifice profond, tantôt direct, tantôt sinueux. Beaucoup de praticiens, pour trouver l'orifice profond, font des injections, des dilatations par des procédés divers, voire même des débridements; ces moyens sont inutiles.

Le pronostic est sans gravité. Le traitement consiste à rechercher la dent malade et à l'extraire; il ne faut pas faire autre chose. La fistule guérit comme par enchantement en quelques jours, je dirais presque en quelques heures. Il faut apporter un grand soin dans la recherche de la dent malade, car ces fistules sont souvent produites par des racines, alors que les parties extérieures de la dent paraissent parfaitement saines. On doit donc faire une recherche attentive au moyen de l'application du froid sur la dent suspecte.

La femme de notre service nous présentera de la difficulté dans la recherche de la dent malade, car elle a de nombreuses dents gâtées à la mâchoire supérieure.

En ce moment, je lui fais appliquer des émollients ; mais je lui ferai arracher ses chicots; c'est alors que vous verrez tous ces accidents cesser subitement.

Contusion de l'avant-bras chez un phthisique. — Phlegmon de la main.

Dans notre salle des hommes, nous avons un malade atteint de contusion de la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras à la suite d'une chute sur un corps dur. Cet homme présente un gonflement du dos de la main avec écorchure; de plus les ganglions de l'aisselle sont engorgés et le bras est tuméfié, ce qui est dû probablement à la lymphangite qui a pris naissance au niveau de la plaie de la main. Ce malade présente des symptômes de phthisie, car, trois ou quatre jours avant cet accident, il a eu des hémoptysies. Cette contusion minime, qui n'a pas même produit d'ecchymoses, a donné naissance à de la suppuration, ce qui, en règle générale, n'arrive jamais chez un individu de bonne constitution.

On trouve de l'induration du sommet du poumon droit, avec de la pneumonie localisée autour des tubercules.

La température varie entre 39° et 40°.

Cette suppuration n'aurait pas eu lieu sans les antécédents tuberculeux, car il est de règle qu'une contusion légère de l'avant-bras ne suppure pas. Aussi dans les cas semblables à celui-ci, faut-il toujours examiner l'état constitutionnel du malade.

Lorsqu'il y a un mouvement fébrile, je donne le tartre stibié en lavage; dans le cas présent, la température a été abaissée : ce matin le thermomètre ne marque que 38°, 5, abaissement qui ne tient pas à l'ouverture de l'abcès que nous n'avons incisé que ce matin. L'examen de l'urine nous démontre qu'il existe de l'albumine en très grande quantité.

Anaplastie du pied.

Pour remédier à certaines difformités du pied et de la main, on a recours à l'anaplastie, mais le résultat est généralement médiocre.

Je vais opérer une petite fille, âgée de quatorze ou quinze mois, qui a eu les deux plantes du pied brûlées et qui présente des cicatrices qui ont eu pour conséquence la rétraction du pied et des orteils. Aujourd'hui nous ne toucherons qu'au pied gauche. Le gros orteil est complètement recourbé en dessous; il adhère de plus à la face plantaire du pied. Si les choses restaient en cet état, l'enfant ne pourrait jamais marcher, car il n'existe pas au niveau du dos du gros orteil de matelas cellulo-adipeux permettant la pression.

Réussirons-nous ? Je n'en sais rien ; il est souvent besoin de recommencer cette opération. Peut-être faudrait-il faire la désarticulation du gros orteil; peut-être après avoir détruit les brides cicatricielles, faudra-t-il couper le tendon fléchisseur du gros orteil, et alors le tendon extenseur pourra relever ce doigt, autre inconvénient auquel on aurait à remédier dans la suite.

Nous allons endormir l'enfant, et opérer le pied gauche.

M. Verneuil fait alors une incision en V à sommet postérieur, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne; puis il dissèque les lam-

beaux, incise le tendon fléchisseur du gros orteil, redresse ce doigt et le maintient dans cette position par les bandelettes de diachylon qu'il fait passer sous la phalangette pour venir se croiser par leurs extrémités sur la face dorsale du pied. Il applique ensuite le pansement ouaté qui est maintenu par les bandes roulées.

M. Verneuil conseille à la mère de l'enfant de mettre par dessus le pansement un bas qui sera assujetti par un nouveau tour de bande.

Cet appareil restera en place pendant un temps assez long.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE

Etat mental des vieillards et des mourants.

Tel sera l'objet de cette conférence. On est souvent questionné à ce sujet puisque le cas est fréquent, et la réponse ne se trouve pas dans les livres; elle n'est pas traitée davantage dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

En entrant dans cet hôpital on voit écrit au frontispice : HOSPICE DE LA VIEILLESSE; FEMMES. Ce titre ne paraît pas appeler une étude mentale et cependant il y a un état mental particulier chez le vieillard. Celui-ci n'est point un aliéné, ni un prédisposé à l'aliénation; mais il présente un état intellectuel important à étudier au point de vue de la médecine légale où tout est question d'espèce.

Souvent le vieillard conserve la plénitude de ses facultés intellectuelles. C'est ce qui a permis aux avocats de la vieillesse leurs nombreux panégyriques, parmi lesquels il suffira de citer le *De senectute* de Cicéron. Mais à côté des apologistes, il y a les détracteurs qui ne voient que les calamités et les ennuis inséparables de l'âge avancé. La vérité n'est ni avec les uns ni avec les autres, comme toujours elle est dans un juste milieu. C'est ce que démontre la clinique, elle qui nous apprend ce que le vieillard peut faire, ce qu'il peut consentir, et qui nous dit quand son état lui permet de donner à un acte le sceau de sa volonté.

Sous ce rapport le vieillard se divise nettement en trois classes : état physiologique; état mixte, état pathologique. Voici les caractères propres à chacun d'eux.

1° *Etat physiologique* « Le vieillard est fin, pénétrant, sagace. Comme il a été diversement éprouvé par les passions, les événements ou les chances de la fortune, il est mesuré dans son langage, sobre dans ses conjectures, mûr dans ses jugements. Il a du sang-froid, de la logique, de l'ordre, de l'esprit de suite. Ses manifestations intellectuelles sont empreintes de quelque langueur; son imagination est moins brillante, son esprit, moins fécond; ses facultés mentales n'ont plus le même don d'assimilation, mais elles conservent à peu près leur niveau ancien et sont même susceptibles, sous l'influence d'une vive stimulation, de s'élever très-haut. » C'est ce qu'on remarque dans les assemblées politiques, au barreau, dans les réunions où des vieillards arrivent à un brillant éclat comme intelligence et comme puissance de raisonnement.

« Circonspect, craintif, méfiant, méticuleux, instruit par l'expérience, fortifié par les épreuves, éclairé par la connaissance des hommes et des choses, le vieillard ne sacrifie rien à la chimère, a horreur de l'inconnu, pressent l'avenir avec quelque justesse, se hâte lentement et n'agit qu'à bon escient. Sans initiative et sans élan, il n'accepte de leçon que du passé, se replie sur lui-même, recule devant toute entreprise hardie et n'ajoute qu'une foi médiocre aux vertus humaines. Indifférent, égoïste, aimant de moins en moins les autres, s'aimant chaque jour davantage, il rapporte tout à lui-même et laisse complaisamment le moi se centupler. »

« La mémoire est moins sûre, les noms sont mal retenus et les dates s'oublient alors que le souvenir des faits reste fidèle et tenace. Se livrant à des analyses rétrospectives, comparant avec amertume l'éclat si brillant du passé avec la monotonie si terne du présent, et se passionnant à propos de ce qu'il a vu, dit ou fait autrefois, le vieillard n'estime que ce qu'il a perdu, n'apprécie pas ce qu'il a gagné, et, à travers les brumes de l'âge, il évoque partialement son printemps. Toutefois, qu'un sentiment très-vif se fasse jour ou qu'un intérêt sérieux entre en jeu et cette mémoire douteuse vient à reprendre soudainement toutes ses clartés. »

Cet état est sans application professionnelle ou médico-légale, comme le vieillard jouit de la plénitude de ses facultés, il peut librement consentir les actes.

2° *Etat mixte*. Ce n'est plus la santé. L'usure cérébrale est manifeste, mais ce n'est pas encore la pathologie. Aussi les appréciations des médecins sont-elles assez difficiles pour qu'ils arrivent quelquefois à des conclusions tout à fait différentes. Il y a chez ces vieillards un abaissement relatif du niveau intellectuel. Epuisé par le travail, le plaisir, sans verdeur d'esprit, leur corps fléchit, leur esprit s'affaisse. On s'aperçoit bientôt, en les faisant causer, que leur cercle d'idées est moins étendu; ils repoussent systématiquement les innovations; les choses présentes ne les touchent pas. Leur langage est diffus, obscur, sans netteté et sans conclusion, quand il n'est pas contradictoire. Ils parlent longtemps, peu clairement, racontent souvent les mêmes histoires. En un mot, ils rabâchent. « Leur caractère est modifié, leur volonté est moins ferme, leur parole est lente, monotone, mais non embarrassée, et

leur écriture est normale quoique légèrement tremblée. Devenus plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables, ils n'ont plus d'entrain, travaillent difficilement et se fatiguent vite. Conservant leur ancien genre de vie, continuant leurs mêmes occupations, ils vont et viennent comme par le passé; mais si l'on compare ces individus à ce qu'ils étaient autrefois, on note un affaiblissement sensible et l'on dit d'eux qu'ils ont vieilli, qu'ils ont baissé. *Claudicat ingenium*, a dit Lucrèce. »

On ne reconnaît plus en eux ces facultés puissantes et cette volonté qu'on avait souvent vues à l'œuvre.

Tel est cet état mixte dans lequel les vieillards, sans être frappés de démence, ne jouissent cependant plus de la parfaite intégrité de leur entendement.

3o *Etat pathologique*. Celui-ci est plus grave, plus sérieux, mais aussi plus facile à étudier. Les troubles intellectuels surviennent. La sensibilité est principalement affectée. Ils sont incapables d'aucun regret, irritables sans raison, s'attendrissant sans motif, tantôt excités, tantôt affaissés.

Ils sont à charge à eux-mêmes et aux autres. Leur attitude est brisée, cassée. La station verticale est sans aplomb. Ils s'égarent dans la rue, dans leurs maisons, ils se perdent dans leur chambre.

Cet état devient de plus en plus affligeant; le malheureux vieillard n'a plus conscience de son identité, il ne se rappelle plus son âge; à peine sait-il encore son nom? Il méconnaît les personnes; il sanglotte sans cause ou ricane de même. Bientôt tout lui fait peur; il est plein d'angoisses, de frayeur, ou bien il se croit en butte à des persécutions qu'il faut qualifier de *séniles* parce qu'on ne les trouve que là et qu'elles tiennent uniquement à cet état.

Dans l'alcoolisme subaigu il y a aussi un délire spécial des persécutions; il en sera prochainement question; mais tous deux sont indépendants du grand délire des persécutions.

Plus tard arrive la démence sénile. Le malheureux ne dort plus ou plutôt il ne fait que de petits sommes. Si on le fait écrire, on n'obtient plus qu'un griffonnage illisible avec des taches d'encre; il répète plusieurs fois le même mot, en met un pour un autre. *Omnia deficiunt*, tout lui manque à la fois, a dit encore Lucrèce.

Voilà les trois états.

On voit que, suivant la catégorie à laquelle il appartient, le vieillard n'est plus du tout le même homme. Mais il arrive que cet homme a des partis sérieux à prendre. Peut-il faire ceci? Peut-il faire cela? On dit oui. Les hommes d'affaires s'y prêtent.

En un mot le vieillard est-il responsable? Oui, quand il est à l'état physiologique, car à part quelques petites nuances, il est intelligent. Il pourra agir civilement comme s'il avait quarante ans.

On arrête tous les jours, sur la voie publique, des vieillards qui se promènent dans la rue, dans les squares où ils se perdent. On les conduit au poste et on ne sait à qui les remettre, à qui les confier. On les interroge, mais c'est bien difficile quand on ne peut rien tirer du malade lui-même. Quel est son nom, son âge? On n'en sait rien. Ses vêtements grossiers, plus ou moins soignés, ne permettent guère de faire quelque conjecture. Depuis quand est-il à Paris? Il ne le sait pas davantage. Quelquefois il vient du fond de la province, d'où il a été amené par un gendre, un voisin plutôt que par son fils. On l'a fait descendre du train à huit heures du soir et on l'a perdu.

C'est un homme atteint de démence sénile; c'est le seul certificat à donner.

Le vieillard est un être qu'on exploite. S'il a un petit bien, on lui suggère l'idée de faire des partages ou de donner tout contre une pension viagère. Quand la chose est faite on n'est rien moins que poli à son égard; on trouve qu'il vit bien longtemps, que c'est une bouche inutile. Alors on l'amène à Paris et on le perd. C'est à la suite de ces circonstances qu'il est arrêté dans la rue, conduit au poste, puis au dépôt de la préfecture d'où on l'expédie à Bicêtre, à la Salpétrière, à Saint-Denis ou à Villers-Cotterêts. Il y reste avec son identité suspecte, à moins qu'une lettre d'un maire ne permette de lui mettre un nom, une étiquette. La plupart du temps il reste à l'état de non valeur.

Le vieillard dément est surtout un objet de convoitise, on recherche ce qu'il a, prêt à se défaire de lui aussitôt après.

La loi romaine pensait qu'il était très-difficile de demander compte de ses actes à un vieillard. *Ignoscetur his qui ætate defecti sunt.*

A soixante ans, la loi française accorde quelque adoucissement au vieillard, on ne le condamne plus aux travaux forcés ni à la déportation.

En Chine, cette peine n'existe plus à partir de soixante-dix ans, on condamne alors à l'amende. A quatre-vingts ans la peine capitale reparaît, mais le condamné est recommandé à la clémence de l'empereur qui pardonne toujours.

Les criminalistes, surtout en Angleterre, soutiennent qu'il faut être plus sévère pour le vieillard que pour l'adolescent et pour l'adulte, sous prétexte qu'il est plus expérimenté, plus responsable et qu'il connaît davantage. Pour eux le vieillard est donc plus coupable.

La France est moins sévère, car, dans nos codes, la vieillesse passe inaperçue, par ce motif que les peines ne sont pas aggravées mais en rapport avec leurs forces physiques.

Les vieillards commettent des actes répréhensibles en quantité innombrable. Ce sont des propos déplacés, obscènes tenus à des bonnes, des outrages publics à la pudeur commis dans les promenades, ce sont des vols. En passant près d'un bazar, ils s'emparent d'un objet et s'en vont en le tenant à la main. C'est là un vol bien différent de ceux commis dans des conditions particulières, par certaines dames qui fréquentent les magasins de nouveautés. Ceux-ci sont des actes étranges qui réclament l'addition d'un nouveau chapitre à la criminalité parisienne.

Ces vieillards sont rarement jugés responsables. Au reste, voici la règle à suivre. A l'état physiologique, le vieillard garde sa responsabilité complète. A l'état mixte, celle-ci sera atténuée, pro-

portionnelle. A l'état de démence sénile il n'y a plus de responsabilité.

Mais il ne suffit pas de sauver le vieillard de la police correctionnelle, il faut abriter sa vieillesse, il faut lui donner un asile. Il est très heureux que l'assistance publique, en vertu d'un legs, ait pu dernièrement créer un hospice de vieillards. Il en faudrait beaucoup de la sorte. Il faudrait surtout de nombreuses succursales à Bicêtre, à la Salpêtrière, pour recevoir tous ceux qui attendent si longtemps leur admission et qui meurent souvent avant d'avoir vu luire le jour de leur placement. Il y en a trop et surtout il en arrive trop.

Le vieillard qui possède quelque chose a une fin d'existence relativement heureuse. Il est entouré, cajolé, adulé, non pour ses qualités, mais pour son avoir. C'est parce qu'il possède qu'on l'entoure de soins. Les plus entourés sont encore ceux qui n'ont pas d'héritiers directs, les veufs sans enfants, par exemple. Ceux-là trouvent des amitiés faciles dans les dernières années de leur existence. On veille sur eux avec un désintéressement extraordinaire. Ils sont circonvenus par des manœuvres de captation. On leur fait faire les dons de la main à la main dans les derniers jours de leur vie, on en obtient des donations, on leur suggère des dispositions testamentaires avantageuses, etc. Il arrive que les héritiers éloignés sont absolument frustrés, dépouillés. A peine reçoivent-ils une lettre de faire-part. Quand le juge de paix se présente pour apposer les scellés, il trouve une maison littéralement volée.

Je me suis souvent demandé comment il serait possible de s'opposer honnêtement et loyalement à ces manœuvres. C'est très difficile. Quand il est appelé, le médecin fait peu attention à l'état mental, il ne s'en occupe pas ou tout au moins il n'insiste pas.

Ne pourrait-on pas faire un cas de conscience au médecin qui s'aperçoit que son malade a l'état mental affaibli, de rédiger comme un certificat, ou une sorte de constatation sous forme de pli cacheté qu'on ouvrirait à un moment donné et dans lequel serait consigné cet état mental. Ce document serait d'un grand secours et d'une grande utilité dans des circonstances délicates ou difficiles. Mais c'est une question épineuse. En outre, bien souvent il n'y a pas de médecin ou on ne va le chercher que la veille ou l'avant-veille de la mort.

Dans la pratique il se présente beaucoup de circonstances très difficiles. Des testaments sont faits *in extremis*. Que serait-ce si je parlais des mariages *in extremis*? Le chef du parquet est libre de les autoriser et on a rarement à les attaquer. Il y a une dizaine d'années, dans le département de l'Yonne, un vieillard pris d'accidents uréniques se mariait la veille de sa mort légitimant sa fille naturelle.

Il a été démontré que ce vieillard, en proie à l'état comateux pouvait à peine répondre monosyllabiquement à l'officier de l'état civil. Ce mariage, qui réparait cependant bien des choses, a été attaqué, annulé par le tribunal de première instance, dont le jugement a été confirmé en appel par la cour de Paris, toutes chambres réunies.

Nota. Les parties entre (« ») ont été, comme précédemment, empruntées au livre si remarquable de M. Legrand du Saulle : *Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie* (1). On y trouvera tout au long plusieurs des cas auxquels il est fait allusion dans cette clinique et surtout celui du mariage *in extremis* qui la termine.

(La suite prochainement.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SUR LA VIE

Compte-rendu des opérations de l'année 1879 de la New-York, Compagnie d'assurances sur la vie. — Extrait du rapport annuel de la Compagnie, remis au Département des assurances de l'Etat de New-York.

RECETTES DE L'ANNÉE 1879 :		
Primes sur Polices. Fr.	26.799.868 07	
Capitaux pour Rentes viagères............	3.596.734 50	
Intérêts..............	10.478.428 44	
TOTAL....	Fr.	40.875.031 01
DÉBOURSÉS :		
Payé aux assurés		
Sinistres..........Fr.	8.135.769 50	
Assurances mixtes....	5.261.565 35	
Rentes viagères.......	1.009.341 21	
Bénéfices aux assurés.	7.905.073 72	
Rachat de polices.....	2.675.624.26	
Total payé aux Assurés	24.987.374 04	
Dépenses d'administration, impôts, commissions, honoraires des médecins, frais divers............Fr.	5.298.579 09	
Réassurances.........	439.768 66	
TOTAT....	Fr.	30.725.721 79
ACTIF :		
Prêts hypothécaires Fr.	79.361.068 16	
Rente des États-Unis et de l'État de New-York, et autres valeurs mobilières appartenant à la Cie et approuvées par le Département des assurances de l'État..	70.195.262 43	
Immeubles...........	25.780.728 10	
Prêts sur Polices (*Premium Loans*).......	3.220.421 15	
Prêts sur Valeurs.....	4.405.125 »	
Caisse et Banque de dépôts............	10.166.517 92	
Intérêts acquis au 1er janvier 1880........	1.647.978 56	
Primes semestrielles et trimestrielles échéant après le 1er janvier 1880, et en cours de transmission.......		

(1) Un vol. in-8. Librairie A. Delahaye.

Fr.... 3.003.850 85
Moins les chargements
Fr..... 600.770 17 2.403.080 68
Balance d'Agents..... 115.047 51
Plus-value au cours actuel des valeurs mobilières......... 4.205.707 47

TOTAL DE L'ACTIF... 201.500.936 98

PASSIF

Réserve pour les polices en vigueur *calculée par le département des assurances de l'État de New-York* (intérêts à 4 1/2 0/0) :
Valeur nette assurances..............Fr. 142.158.887 56
— bénéfices en augmentation des Polices 7.033.010 09
— Rentes viagères. 9.817.696 91

Fr. 159.009.594 56

Bénéfices restant à payer aux assurés, sinistres et assurances mixtes en cours de réglement.......Fr. 2.444.662 62
Bénéfices accumulés sur les Polices d'accumulation, outre la réserve à 4 0/0 afférente à ces Polices... 7.107.706 40
Primes payées en avance. 85.735 40

TOTAL DU PASSIF.... Fr. 168.647.698 98

EXCÉDANT DE L'ACTIF SUR LE PASSIF (*d'après le Département des Assurances*).......... Fr. 32.853.238 »

ACTIF

L'ACTIF, *suivant le mode d'évaluation de la Compagnie*, s'élevait, le 1er janvier 1880, à................ Fr. 202.101.707 15

PASSIF

(*) Réserve pour les polices en vigueur *calculée par la Compagnie* (intérêts à 4 0/0)............ 176.292.277 55
Bénéfices et sinistres à payer et en cours de règlement.......... 2.444.662 62
Bénéfices accumulés sur Polices d'accumulation, outre la réserve à 4 0/0............ 7.107.706 40
Primes payées d'avance. 85.735 40

TOTAL DU PASSIF.... Fr. 185.930.381 97

EXCÉDANT DE L'ACTIF SUR LE PASSIF (*suivant les règles de la Compagnie*)............. Fr. 16.171.325 18

Sur cet excédant, le Conseil d'administration a fixé les bénéfices à répartir entre les Assurés pour 1879.

Les bénéfices peuvent être appliqués chaque année, soit à l'augmentation du capital assuré, soit à la réduction de la prime de la même année, aux dates anniversaires des polices.

En 1879, la Compagnie a émis 5,524 polices assurant, Fr. 88,601,281 50.

Au 1er janvier 1880 le nombre des polices en vigueur s'élevait à 45.705, assurant, Fr. 660,342,557.

(*) La différence qu'on remarquera entre les chiffres établis par *le Département des Assurances* et les chiffres établis par la Compagnie provient de deux facteurs :

1o Dans l'article des primes semestrielles ou trimestrielles échéant après le 1er janvier 1880, 3,003,850 fr. 85, le Département des Assurances a pour règle de déduire une certaine somme en prévision de non-encaissements éventuels. Cette déduction (qui n'est pas faite par la Compagnie parce qu'elle ne correspond à rien de réel dans la pratique) diminue le chiffre *officiel* de l'Actif de 600.770 fr. 17.

2o Par contre, le Département des Assurances calcule la Réserve comme si les placements de la Compagnie rapportaient 4 1/2 0/0, tandis que la Compagnie elle-même, plus prudente encore que l'État, établit sa Réserve sur le taux de 4 0/0 seulement. En conséquence, la Réserve réelle de la Compagnie est plus forte de 17,282,682 fr. 99 que la Réserve exigée par la loi, et ce surplus de Réserve diminue d'autant le chiffre de l'Excédant.

Monsieur le Directeur,

Je commence par vous féliciter de votre œuvre et vous assurer que mon concours vous est acquis, Je félicite aussi, bien sincèrement, M. le Dr Ridreau, de Baugé, de son système pour améliorer le sort des médecins et des malades (organisation de la médecine). Seulement ce système d'organisation de la médecine est impraticable pour la plus grande partie des médecins de France c'est-à-dire pour tous les médecins de campagne. M. le Dr Ridreau fixe à 50 francs par âme, l'abonnement médical. Eh bien, réduirait-il ce chiffre à un franc, qu'il ne l'obtiendrait pas de l'homme des champs. Et voici pourquoi, à la campagne, dans notre département, à peine si une famille sur dix, reçoit la visite du médecin dans l'année. Il y a pourtant des malades, me direz-vous ? Sans doute et même de graves maladies; mais, on va chercher monsieur le curé, ou ma chère sœur, ou bien quelque bonne vieille matrone adroite, qui arrive avec des herbages de toutes sortes. Monsieur le curé ne fait pas payer ses conseils. La chère sœur ne demande rien, ni pour son thé, ni pour son sucre, ni pour sa mélisse, ni pour son laudanum. La vieille matrone se contente de savourer les heureux effets produits par ses herbages. Si quelque paysan tombe de son grenier et se luxe l'épaule, ou se casse une jambe, on ne pense pas davantage au médecin ; il y a un rebouteur presque dans chaque village ; seulement, celui de tel endroit passe pour le plus adroit; c'est lui qu'on va quérir et après qu'il a bien tiré sur le membre blessé, aidé de solides gaillards, et qu'il a enveloppé la lésion de bandes, il s'installe à table, avec du vin et un bon morceau de lard sur son pain et, si le patient est riche, il joint au repas une pièce de cinq francs. Voilà ce que c'est que la médecine de campagne.

Le médecin n'est appelé que quand le malade va mourir. Que voulez-vous ! la crise agricole n'est malheureusement que trop vraie ! Le paysan est obligé de vendre son blé, à peine moitié de ce qu'il lui coûte. D'un autre côté il ne trouve plus d'ou-

vriers pour l'aider à cultiver ses terres et à rentrer ses récoltes; ils ont tous gagné les villes, les usines, les chantiers de chemins de fer, etc... Eh bien! ce pauvre paysan ne lui demanderiez-vous que vingt sous, qu'il ne doit pas encore, il ne consentira jamais à les donner. Il n'a, le plus souvent, qu'un souci, qu'un but; c'est de placer ses enfants en dehors du travail de la terre.

Je connais des familles qui empruntent et se ruinent pour faire arriver un fils à être médecin. Le bel avantage, me direz-vous? La position n'est pas déjà si lucrative! Sans doute! mais ce fils, quand il reviendra avec son diplôme de docteur, pourra choisir parmi les plus riches héritières du pays. Avec ce diplôme il trouvera facilement une femme à grosse dot; tandis que s'il avait travaillé à la terre comme son père, il n'aurait pas trouvé à entrer dans une famille aisée. Si je ne craignais d'abuser de votre patience, je vous raconterais qu'il est arrivé dans mon petit village de cent quatre-vingt-six habitants, il y a environ un mois, un farceur de charlatan; il s'est installé à l'auberge et pendant cinq jours, a guéri tout le monde au village, et ceci en faisant *craquer les articulations des phalanges* des mains et des pieds de chacun. Voilà une femme qui ne veut pas que je la guérisse, disait-il, un jour, en montrant une paysanne qui revenait des champs, harrassée et courbant le dos! Et cependant, elle a joliment mal dans le dos. Oh! ce que vous dites est bien vrai, répond la malheureuse, qui aussitôt lui présente les phalanges de ses mains et de ses pieds. Le sommeil de la nuit acheva la guérison.

Quand on demandait à cet honorable industriel le prix de ses consultations, il répondait: c'est ce que vous voudrez: 10 fr., 15 fr., ou 20 fr., du reste, ajoutait-il, mettez l'argent dans du papier; je ne dois pas le voir. Il arrivait aussi que la paysanne rusée mettait dans le papier des petits sous au lieu de pièces blanches. Quant aux hommes, ils payaient le charlatan en bière ou en café. Vous voyez que mon village est guéri pour longtemps, car il n'y a guère que mes phalanges et celles de ma famille qui soient restées intactes.

Je ne vois donc pas que le système du Dr Ridreau soit applicable à la campagne; mais quant à la ville, aux grandes villes surtout, où il y a une pléthore extrême de coupons d'actions et d'obligations et de rentes de toutes sortes; là, dans un terrain aussi fertile, je crois que ce système d'organisation médicale pourrait fort bien prendre racine et s'y développer au grand avantage de messieurs les médecins des villes. Quant à nous autres, médecins des champs, nous tâcherons toujours de nous bien marier et nous continuerons à jouir de l'air des champs et de la vue des campagnes. C'est là notre consolation.

Votre tout dévoué confrère.

Dr MAX, V. 975

Heureusement, cher confrère, que votre philosophie d'homme *bien marié*, vous permet de voir de haut les misères de cet innocent charlatanisme et d'en rire. Se bien marier est un des endroits de la médaille médicale: mais les mal mariés? On dit qu'il s'en trouve de par le monde. Nous croyons toutefois que le Dr Ridreau lira avec profit votre intéressante lettre. C'est une des faces de notre enquête sur l'état des médecins de France.

HYGIÈNE DE LA VUE.

Conférence faite à la Sorbonne par M. E. Javal. Recueillie par M. F. Dassy.

(*Suite*)

M. JAVAL présente à son auditoire l'admirable instrument dont il a enrichi la science après quatorze ans de travail et avec lequel la mesure exacte de l'astigmatisme peut être effectuée.

Cet instrument est gradué par *dioptries* depuis 1 jusqu'à 20; ces vingt échelons égaux correspondant aux numéros usuels suivants: 40, 20, 13, 10, 8, $6\,^2/_3$, 6, 5, $4\,^1/_2$, 4,...... $2\,^2/_9$, $2\,^2/_{19}$ et 2.

Il est utile de corriger l'astigmatisme à partir d'une demi-dioptrie ou d'une dioptrie et demie, selon l'âge ou la profession des personnes qui en sont affectées: à partir de deux dioptries le défaut cause toujours une gêne très-apréciable.

Nous allons maintenant parler de la *presbytie*. Un conseil capital à suivre pour le presbyte, est celui que lui donne M. JAVAL de ne pas craindre les verres trop forts. Beaucoup de personnes se privent de leurs yeux en s'obstinant à faire usage de verres faibles de peur de brûler ou d'user leur vue en prenant de forts verres convexes. Cela est un préjugé car les verres les plus forts qu'on ordonne dans la pratique sont ceux de 5 et de 6 dioptries, or nous avons à notre disposition des verres numérotés jusqu'à 20 dioptries et, si par hasard ce dernier numéro ne suffisait pas, rien ne serait plus facile que d'en faire tailler d'autres plus convexes.

« D'ailleurs, fait remarquer M. Javal, avec un à-propos fort aplaudi, vous avez vu au début de la séance que notre vénéré président, M. MILNE EDWARDS, ne craint pas de mettre en application les principes que je viens d'exposer. »

En effet, l'éminent doyen de la Faculté des sciences avait lu un rapport en se servant d'une énorme loupe de près de 15 centimètres de diamètre.

Si les verres convexes ne présentent pas d'inconvénients dans l'usage ou l'abus qu'on en peut faire, il n'en est pas de même pour les verres concaves.

On ne peut poser de règles générales d'hygiène à suivre pour les myopes, dans le choix des verres concaves; cependant, jusqu'à 3 ou 4 dioptries, il vaut mieux lire sans verres, tandis que l'emploi de verres concaves est utile, dans le cas de myopie un peu plus forte, pour permettre d'éviter les variations d'accommodation dont il va être parlé.

A propos des myopes, se place l'étude de la particularité remarquable du travail qu'on fait exécuter aux yeux en lisant, étude absolument neuve, à l'appui de laquelle le conférencier a fait construire un appareil schématique dont la manœuvre fait saisir immédiatement à l'auditoire les faits suivants:

Les yeux sont écartés l'un de l'autre d'environ six centimètres. La distance de l'œil, au point de

fixation de la ligne imprimée, varie continuellement, l'accommodation varie également. Prenons pour exemple une ligne de 6 centimètres, nous la lisons en cinq ou six sections et il faut que l'œil gauche diminue en autant de fois son accommodation pour passer du commencement à la fin de la ligne, tandis que l'œil droit augmente graduellement son accommodation pour aller du commencement à la fin. Dans l'exemple choisi, la lecture se faisant à une distance de huit centimètres, la variation de l'accommodation atteint le chiffre relativement énorme de deux dioptries.

Dans ces conditions, le muscle ciliaire se trouve placé dans des conditions de tension et de relâchement successives et la choroïde tiraillée de telle sorte qu'il est facile de comprendre comment cette gymnastique amène rapidement les myopies à la forme progressive et à ses conséquences désastreuses.

Guidé par ces considérations théoriques, on devra donc conseiller aux personnes très-myopes (et c'est là une précieuse acquisition de la science) de s'appliquer à parcourir les lignes par des mouvements de la tête et du livre, et à suivre ainsi l'exemple donné par ceux qu'un instinct naturel a conduits à diminuer la fatigue de leurs lectures à l'aide de semblables oscillations, et à se servir ainsi d'un procédé dont la théorie confirme l'excellence.

En terminant son intéressante conférence, M. Javal montre quelle est la richesse des moyens d'investigations que possède aujourd'hui l'ophthalmologie.

L'ophthalmologie, dit-il, ne se contente plus de poser des diagnostics; vous l'avez vu, dans un grand nombre de cas, après avoir constaté une affection, nous poussons la précision jusqu'à en mesurer le degré et nous apportons le remède certain, mathématique.

Et quand nous sommes réduits au diagnostic, (les projections d'images ophthalmoscopiques, faites à ce moment de la conférence, démontrent qu'en ophthalmologie on a ce privilège de voir les lésions de l'organe vivant) les artères, les veines, toutes les modifications pathologiques des tissus, sont révélées par l'ophthalmoscope, si bien que, sur le vivant, on est en possession de renseignements comparables à ceux que l'autopsie donne tardivement au médecin non spécialiste.

En somme, l'ophthalmologie est de vingt ans en avance sur la médecine générale : elle tient sa place à côté des sciences naturelles, telle est du moins la prétention des ophthalmologistes, et le public réuni dans la grande salle de la Sorbonne, a paru s'associer entièrement à cette déclaration convaincue, par laquelle la conférence s'est terminée. (*Tribune médicale*)

CHRONIQUE

— *Association française pour l'avancement des sciences.* — Le comité local chargé de préparer le congrès de Reims vient de constituer son bureau qui se trouve composé ainsi qu'il suit : *Président d'honneur* : M. le maire de Reims; — *Président* : Poulain, manufacturier; — *Vice-président* : MM. Loriquet, bibliothécaire, Dr Lemoine, professeur, Nidoit, ingénieur des mines, J. Martin, manufacturier; — *Secrétaire général* : M. le Dr Langlet; — *Secrétaires* : MM. le Dr Bulteau, H. Portevin, Alph. Gosseret et Pommery; — *Trésorier* : M. Garmès.

CORRESPONDANCE

AVIS

Nous répétons qu'il nous est impossible de nous charger de l'envoi du vaccin. Nos confrères doivent s'adresser à la société d'hygiène, 8, rue du Dragon, Paris, où à la sœur Ursule, hospice de la Pitié.

— Dr T., 944 (Loire-Inférieure).
Vous avez dû recevoir. Nous avons versé le surplus au fonds commun; vous dites : « *Tâchons donc de faire prendre aux clients, l'excellente habitude du paiement des honoraires au comptant. Chez le pharmacien, pas d'argent, pas de médicament. Aussi se font-ils respecter. Entendez une conversation entre malades? Benoist m'a purgé; Durand m'a saigné..... C'est Benoist que vous prenez pour médecin? Prenez donc Durand! (Voilà pour le médecin). Monsieur Renaud vend cher, mais Monsieur Cavalin ne vend pas bon marché (Voilà pour le pharmacien); à celui-ci on donne du monsieur, gros comme un bocal de devanture, et cela parce que, plus avisé que nous, il entend qu'on le paie, etc...* »
Votre amusante sortie constate un fait d'ingratitude bien humaine. C'est une riche mine d'observations pour tout praticien que ce travers de nos clients. Nous devrions arriver, sinon à ce que vous proposez, au moins à la remise du mémoire d'honoraires à l'issue de la maladie. Nous verrons à proposer aux adhérents du *Concours* des règles de pratique uniformes.

— Dr A.-F., à B. (Pas-de-Calais). 13 mai.
Vous êtes inscrit. Vous recevrez la réponse directe de la Compagnie.

— Dr L., à V., 11 mai.
Vous êtes inscrit. L'envoi est fait. Nous accueillerons vos amis. Nous avons plusieurs députés parmi les nôtres. Le temps de cette mesure ne nous paraît pas venu. Que M. le Dr D. s'adresse directement à la Compagnie. Vous verrez à la deuxième page-annonces que le choix que vous réclamiez est fait. Vous pouvez vous adresser en toute sécurité.

— Dr G., 472, 12 mai.
Le Dr P. est inscrit selon votre désir.

— Dr E., à O. (Indre), 12 mai.
La publication des noms des médecins consultants aux stations thermales, membres du *Concours*, sera faite dans le journal, les premiers jours de juin. C'est nous qui regrettons de ne pas vous avoir rencontré.

— Dr D., à T. (Ardèche).
Nous ne saurions trop vous féliciter des résultats que vous avez obtenus. Si tous nos confrères déployaient un zèle pareil au vôtre, vous pouvez apprécier où nous arriverions. Le Dr G. est inscrit. Vos communications seront les bienvenues. Le numéro réclamé vous a été adressé.

— Dr B., 81 (Loire-et-Cher), 14 mai.
Vers le mois de juillet nous pourrons mettre votre conseil en pratique. Inscrit le Dr G.

— Dr G., 483 (Tarn-et-Garonne).
Jusqu'ici il n'y a pas d'Audéphone pratique. Nous profiterons de votre conseil. Nous faisons l'envoi au Dr B. Vous aurez toute économie avec le Phénix.

— Dr C., 270 (Ille-et-Vilaine), 10 mai.
Nous vous sommes particulièrement obligés de nous prévenir que vous recevez des doubles numéros du *Concours*. Nous voudrions bien que ceux d'entre vos confrères qui se trouvent dans le même cas, nous rendent le même service.

— Dr C.-L., à St-M. (Charente), 9 mai.
Fait l'envoi au Dr R. et à vous, quinze numéros. Merci du renvoi des numéros doubles.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 22 29 mai 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

La séance de l'Académie a été remple par une discussion sur la vaccine à propos du rapport présenté par M. Hervieux, et par la lecture d'un très-intéressant travail du Dr Féréol sur la *rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques et du traitement qu'elle comporte dans certains cas.*

Des faits rapportés dans ce travail, M. Féréol déduit les conclusions suivantes :

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire quelles sont les conditions qui déterminent la bénignité absolue, la gravité extrême ou la gravité atténuée des ruptures hydatiques dans le péritoine; mais les notions suivantes semblent résulter de l'étude qui précède :

1° La suppuration préalable du kyste amène, en cas de rupture, une péritonite suraignë rapidement mortelle, à moins peut-être que le péritoine ne soit déjà cloisonné par des adhérencces qui limitent son inflammation.

2° La pénétration dans le péritoine d'un liquide absolument limpide et frais, qui paraît inoffensive dans certains cas, a, dans d'autres cas, été suivie d'accidents rapidement mortels.

3° La présence d'hydatides vivantesversées dans le péritoine est moins dangereuse que celle d'yqdatides mortes; la guérison spontanée est possible dans ce cas.

4° Dans le cas où la péritonite consécutive à la rupture se modère, et où cependant il se produit unc ascite, on pourra intervenir avec des chances de succès, si cettc ascite ne se résorbe pas. La ponction simple peut suffire à procurer la guérison.

Si ce procédé échoue, il faut évacuer le plus tôt possible les corps étrangers contenus dans le péritoine. On peut y parvenir en établissant une cuverture à l'abdomen à l'aide d'un gros trocart, et en pratiquant deux fois par jour des lavages péritonéaux, au moyen de grosses canules présentant une large ouverture latérale où les membranes puissent s'engager. Ce procédé, j'en conviens, laisse beaucoup à désirer ; on devra trouver mieux. Mais c'est déjà un point important de savoir que le péritoine peut supporter des lavages bi-quotidien srépétés pendant plusieurs semaines, avec une terminaison favorable; ct c'est ce qui résulte de l'observation que M. Féréol a soumis à l'Académie. (Renvoi à la section de thèrapeutique.)

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ

Leçon de M. le professeur Hardy

DU DIAGNOSTIC DES TUMEURS CÉRÉBRALES

1° *Attaque probable d'alcoolisme aigu. Syncope. Mort.* Avant de parler de la femme qui doit faire le sujet principal de la clinique d'aujourd'hui, M. Hardy croit utile de dire quelques mots d'un homme qui est entré à l'hôpital dans des circonstances assez bizarres et qui a présenté, durant les quelques jours qu'on a pu l'observer, des particularités qui méritent d'être signalées. Ces faits montrent comment, avec les signes en apparence les plus caractéristiques, on peut quelquefois s'égarer dans le diagnostic d'une maladie.

X..., qu'on a vu couché au no 15 de la salle des hommes, venu du Hâvre, il y avait à peine quelques jours, s'était senti pris, tout à-coup,

dans la rue, d'un violent mal de tête qui semblait abolir toutes ses facultés. Il entre dans un poste de police voisin, déclare qu'il est étourdi, qu'il ne sait plus où il est, et demande qu'on vienne à son secours.

A peine a-t-il achevé de parler, qu'il tombe sans connaissance, et sa chute s'accompagne de convulsions ressemblant à celles de l'épilepsie.

C'était le jeudi 29 avril; on le conduit à l'hôpital de la Charité. Sa figure, à ce moment, exprime l'hébétude; sa langue est embarassée; il balbutie; il répond difficilement aux questions qu'on lui pose; et paraît encore sous l'influence de l'attaque qu'il vient d'avoir. On remarque de l'écume à la bouche et quelques convulsions légères, limitées au côté gauche du corps.

Vendredi, 30. — Les convulsions ont disparu, et l'on s'aperçoit que le bras et la jambe gauches sont complètement paralysés, et retombent lourdement quand on les soulève. Le côté droit est intact.

Samedi, 31. — Les symptômes se sont très-légèrement améliorés ; l'état comateux est moins prononcé. Le malade, à ce moment, est l'objet d'un minutieux examen de la part de M. Hardy, dont l'attention est aussitôt attirée par une éruption cutanée, siégeant principalement sur le dos et la poitrine du patient. Cette éruption était constituée par de petites élevures squammeuses, formant des groupes circulaires et présentant une coloration rouge cuivrée. A côté, se remarquaient des taches sans saillie ni squammes, d'une couleur grisâtre.

Il n'y avait pas de doute possible, on était en présence d'une manifestation syphilitique tuberculeuse en groupes, arrivée, en partie, à la période de résolution.

On pouvait résumer la situation, en disant qu'on avait affaire à un syphilitique chez lequel avait éclaté subitement des accidents épileptiformes.

Il semblait donc très-rationnel d'admettre une tumeur cérébrale, syphilitique, siégeant à droite, dans les méninges, et comprimant le cerveau en avant et en arrière du sillon de Rolando, vers le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et de la pariétale ascendante. C'est ce que fit M. Hardy, qui espéra juguler la maladie, en peu de temps, par un traitement approprié. Mais le dimanche 1er mai, le malade après avoir mangé, tomba brusquement en syncope et mourut.

L'autopsie, faite par M. Déjerine, chef de clinique, ne justifia pas le diagnostic et ne donna pas l'explication évidente des phénomènes déjà relatés. Le cerveau était intact; les lésions paraissaient porter uniquement sur le cœur et le foie. Le premier de ces organes était gras, couleur feuille morte; le second était également atteint de stéatose.

En face de ces lésions, peut-on trouver la raison des symptômes qu'on avait observés ?

M. Hardy croit devoir les expliquer par un accès d'alcoolisme aigu. Cet homme, venu récemment du Havre à Paris, n'avait pas paru à son hôtel depuis trois ou quatre jours. Il a voulu, selon toute vraisenblance, dépenser gaiement le peu de temps qu'il allait passer dans la capitale; il s'est livré à des excès de tout genre.

En effet, il entre titubant dans le poste de police où il est pris d'accidents épileptiformes. Il n'a que cinquante ans, et cependant à l'autopsie, on lui trouve le cœur graisseux d'un homme de quatre-vingts ans. On avait donc eu à traiter un alcoolique doublé d'un syphilitique.

Sous l'influence des boissons spiritueuses, peut-être de l'absinthe, X... a eu les accidents convulsifs dont on a parlé.

La mort a été causée par une syncope, phénomène qui se produit avec une rare facilité chez les gens qui ont un cœur gras, et qui semble avoir été amené ici par les excès de boisson.

Quoi qu'il en soit, on peut tirer de cette observation un enseignement utile. Avant de se prononcer sur l'origine d'accidents semblables chez un individu qui n'est pas épileptique, il faudra songer à l'alcoolisme et particulièrement à l'absinthisme. Il ne convient pas de trop se hâter de prononcer le mot tumeur cérébrale. Le diagnostic des tumeurs de l'encéphale est extrêmement difficile, car, parfois, on voit apparaître les symptômes qu'on leur a assignés sans que pour cela elles existent réellement.

Le fait précédent le prouve et, s'il fallait en citer d'autres, on pourrait évoquer le souvenir d'un homme dont on a fait l'autopsie dans ce même service.

Il avait eu des douleurs de tête violentes et localisées, puis on avait remarqué les symptômes d'une attaque d'apoplexie. On avait cru à une tumeur encéphalique; il avait simplement une hémorrhagie cérébrale. D'un autre côté, il arrive maintes fois qu'une tumeur de ce genre existe sans qu'elle se traduise au-dehors par quelque signe apparent. L'exemple suivant va le prouver.

2° *Carcinome généralisé de l'estomac, de l'intestin, du foie et du cerveau.* — Au n° 9 de la salle Sainte-Anne, se trouvait une femme de cinquante-huit ans, qui avait mené une vie passablement agitée, avait beaucoup voyagé dans les pays chauds, et était notamment restée dix ans au Mexique. Elle avait été bien portante jusqu'au mois de novembre dernier, époque à laquelle elle éprouva des troubles gastriques, une diminution de l'appétit, du dégoût pour certains aliments et particulièrement pour la viande.

Peu à peu, elle accuse à la région épigastrique des douleurs apparaissant sous forme de pesanteur, bien marquées surtout après les repas. Bientôt un nouveau signe se montre; ce sont des vomissements, tantôt pituiteux, et consistant en matières aqueuses, blanchâtres, filantes, rejetées le matin; tantôt alimentaires, contenant des substances non digérées, et se produisant, d'une manière indifférente, immédiatement après le repas, ou de longues heures après.

La patiente en arrive à ne pouvoir plus prendre que du lait; elle s'est considérablement affaiblie, et ne peut plus vaquer à ses occupations habituelles. Il n'y a jamais eu de bile dans les vomissements; c'est un caractère important au point de vue du diagnostic et sur lequel M. Hardy reviendra dans le cours de cette leçon. On n'a jamais remarqué non plus qu'il y eût du sang rejeté par la bouche. Notre malade se décide à entrer à

l'hôpital le 21 avril. Elle a la peau très-brune, et présente un degré d'émaciation assez prononcé.

Interrogée sur ce qu'elle éprouve, elle se plaint de douleurs à l'estomac, pas très-vives, sous forme de pesanteur. Elle n'a pas eu de douleurs lancinantes, et à ce propos, il convient de faire remarquer que, malgré les assertions contraires qui se trouvent dans les livres classiques, cette variété de douleurs est rare dans le cancer de l'estomac. La malade dit qu'elle a eu des vomissements, qu'elle ne peut plus supporter que le lait. La langue est normale ; il n'y a pas de fièvre. En palpant à la région épigastrique, on ne sent pas de tumeur, mais à gauche de la ligne blanche, on perçoit une sensation de rénitence, suivant une ligne étendue de haut en bas et d'arrière en avant. La pression provoque de la douleur à ce niveau. On prescrit le régime lacté. Les douleurs continuent, il n'y a pas de vomissements. La patiente se trouvait dans cet état, lorsque brusquement, elle est prise de fièvre, caractérisée par la fréquence du pouls et l'élévation de la température qui monte à près de 40°. On en cherche la cause du côté de la poitrine, et l'on croit entendre au sommet du poumon droit un peu de souffle et quelques râles sous-crépitants. Avait-elle une pneumonie centrale?

C'était difficile à admettre, car les symptômes n'étaient pas assez accusés, et d'ailleurs, les crachats n'avaient aucune signification précise. Ces phénomènes se continuaient, quand le 28 avril au matin, on trouva la malade sans connaissance, et paralysée du côté gauche. A la visite, on constata, en effet, une hémiplégie complète, occupant la jambe et le bras gauche, et un peu la partie inférieure de la face. L'intelligence était obtuse. Cet état persista jusqu'à la mort qui survint dans la nuit du vendredi 30 avril au samedi 1er mai.

Que fallait-il penser de tout cela? Pour ce qui a trait aux symptômes gastriques, on avait depuis longtemps diagnostiqué un cancer de l'estomac. Le développement lent de la maladie, le défaut d'appétit, le dégoût pour la viande et les aliments solides : ce sont là autant de caractères qu'on remarque souvent dans cette affection. La douleur n'était pas vive. Il n'y avait jamais eu de vomissements bilieux; il en est ainsi dans la grande majorité des cas de cancer de l'estomac.

La présence de la bile dans les matières rejetées par la bouche, a suffi souvent en clinique à M. Hardy pour lui faire rejeter l'idée d'une lésion stomacale; ce signe fera différencier encore du cancer de l'estomac la gastrite chronique, qui présente des vomissements muqueux, bilieux et alimentaires. Ajoutons à ces phénomènes la sensation de rénitence perçue, à la palpation du côté gauche de la ligne blanche, à la région épigastrique.

Tous ces symptômes faisaient penser à une lésion carcinomateuse de l'estomac; et comme les aliments étaient parfois conservés, longtemps avant d'être vomis, on pouvait éliminer l'idée d'un cancer du cardia. Comme la digestion suivait parfois son cours régulier, il n'y avait pas lieu de songer à une lésion du pylore.

Il fallait localiser le cancer vers la petite courbure, qui, du reste, est le siége le plus fréquent de cette affection lorsqu'elle porte sur l'estomac.

Mais comment expliquer la fièvre, l'hémiplégie et l'affaiblissement de l'intelligence? On avait cru à une congestion pulmonaire compliquée plus tard d'une apoplexie cérébrale, par suite d'une embolie partant du cœur, comme cela arrive assez fréquemment dans les cachexies. Cette embolie aurait provoqué une anémie cérébrale circonscrite et l'hémiplégie.

C'était là une hypothèse basée sur des faits cliniques qui sont loin d'être rares, mais qui a été renversée dans ce cas par les résultats de l'autopsie.

Autopsie faite par M. Déjerine. A l'ouverture abdominale, on trouve l'estomac ratatiné, atteint d'un cancer en plaques, à cheval sur la petite courbure, ce qui explique la difficulté qu'il y avait à sentir la tumeur par la palpation.

On ne constate pas d'ulcérations; il n'est donc pas étonnant qu'on n'ait pas remarqué de sang dans les vomissements. Notons à ce propos, que nous sommes en présence d'une forme rare de cancer stomacal, le squirrhe. Il s'est propagé à l'intestin grêle qui est ulcéré en un point.

Le foie est parsemé de noyaux blanc-jaunâtre, dont les uns assez volumineux, un peu moins durs que ceux de l'estomac.

Les poumons sont œdémateux, principalement au sommet droit. Le péricarde renferme environ deux verres de sang, présente les fausses membranes caractéristiques de la péricardite; il y a donc eu une péricardite hémorrhagique.

Du côté du cœur nous voyons également des lésions remarquables; la valvule mitrale porte sur ses bords libres des végétations de la grosseur d'une lentille qui ont fait croire, un moment, que l'on aurait là l'explication des phénomènes cérébraux qu'on avait observés. Les reins et le pancréas sont indemnes.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on voit que les méninges ne sont pas lésées; mais à la jonction de la troisième circonvolution frontale et de la frontale ascendante, on remarque une petite infiltration sanguine qui semble suivre les vaisseaux et pénétrer dans le tissu cérébral. En enlevant une mince couche de substance cérébrale, on constate la présence d'une tumeur occupant le 1/3 supérieur de la circonvolution frontale ascendante et la partie antérieure de la pariétale ascendante. Cette tumeur est de même nature que celles de l'estomac, de l'intestin et du foie. Notre malade avait donc un cancer généralisé de l'estomac, de l'intestin, du foie et du cerveau.

La tumeur cérébrale est restée longtemps latente et ne s'est traduite enfin que par les symptômes de l'apoplexie. Ce n'est pas là un cas isolé; on en remarque maintes fois de semblables. Les tumeurs du cerveau aboutissent souvent à l'apoplexie.

De cet exemple et de celui qui précède, il faut conclure qu'on doit être très-réservé dans le diagnostic des tumeurs cérébrales.

Dr Salles.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

La question de l'allaitement artificiel est plus que jamais à l'ordre du jour. On a fini par comprendre qu'il était impossible de ne pas tenir compte d'un fait qui s'imposait, et que l'allaitement au biberon existant, la seule chose pratique était de l'étudier et de le réglementer.

Il ne s'agit pas de polir des phrases creuses et sentimentales sur l'allaitement maternel, sur sa nécessité; il ne suffit pas de polir des dithyrambes sur l'enfant pendu au sein de sa mère, pendant que des milliers de petits êtres périssent par l'incurie, l'ignorance et la routine de celles qui pratiquent l'allaitement artificiel; tandis que les amateurs de poésie reliront, en s'extasiant, les belles tirades d'un homme qui n'y entendait rien, après tout, J.-J. Rousseau.

Chaque fois qu'on pose la question de l'allaitement artificiel, on est sûr de voir surgir une série de discours sur l'allaitement maternel. On demande à l'Académie de médecine son avis sur l'opportunité de soumettre à l'expérimentation ce mode d'allaitement, et, aussitôt, le savant rapporteur, M. Devilliers, répond en condamnant l'allaitement artificiel, sans tenir compte que l'allaitement au biberon, à l'heure actuelle, à Paris, est bien employé par un tiers des femmes qui élèvent elles mêmes leurs enfants et, qu'en Angleterre, il est pratiqué sur une plus grande échelle encore.

Il y a, dans toute cette affaire, une sorte de crainte quasi-religieuse de toucher à l'œuvre de la nature. La femme a des seins; ces seins sécrètent du lait, donc ce lait est la seule alimentation convenable à l'enfant: les seins ayant été évidemment faits pour l'enfant. Il ne resterait plus qu'à prétendre que la femme a été faite pour les seins. Tout a une fin!

Il faut bien savoir que, dans les familles où l'allaitement maternel n'a pu se faire pour des raisons d'ordre social les enfants procréés deviendront de plus en plus inaptes à remplir cette fonction. Il en résulte que, dans un avenir plus ou prochain, le nombre des mères ne pouvant allaiter augmentera encore en vertu de l'héridité.

M. de Sinéty dit, en effet, avoir observé des familles dont les enfants étaient nourris au biberon depuis plusieurs générations, et dont les femmes quoique belles et vigoureuses en apparence, avaient des seins très-peu développés. « Pour deux d'entre elles, malgré une grande fécondité, l'allaitement était impossible, faute de lait; il y avait une agalactie presque complète. »

J'entends d'ici le disciple de Jean-Jacques tenant le même petit discours à ces femmes aux seins héréditairement atrophié, et aux belles campagnardes aux seins gonflés de lait, sur les avantages de l'allaitement maternel. Le souvenir d'une fable de Lafontaine revient invinciblement à l'esprit!

On le voit donc, la question se pose impérieuse, inéluctable, et c'est au médecin à étudier et à diriger à l'aide de la science.

Si l'allaitement maternel est abandonné par un certain nombre de mères, c'est surtout en raison de conditions sociales qui rendent cet allaitement impossible. Si vous donniez le moyen de guérir la misère, la pauvreté seulement, il serait compréhensible que vous répondiez au vœu du Conseil municipal de Paris qui demande qu'on étudie l'allaitement artificiel par une énergique protestation.

M. le Dr Thulié, dont la haute compétence est reconnue de tout le monde, avait fait au Conseil municipal de Paris un rapport concluant à l'établissement d'une sorte de nourricerie modèle à titre d'essai. Cette nourricerie devait être installée à l'hospice des Enfants-Asssistés, et la haute direction en devait être remise à un homme dont la valeur scientifique est connue : M. le professeur Parrot. C'est dire que cet essai devait être entouré de toutes les précautions que la science met au service de l'humanité pour épargner la vie des enfants des déshérités de la fortune.

Voici quelques considérations présentées par M. Thulié et analysées par notre sympathique confrère, le Dr J. Lucas-Championnière (*Journal de méd. et de chir. pratiques)* qui prend soin de répondre à quelques-unes des objections soulevées par ce rapport remarquable.

Il y a un nombre considérable d'enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère; de quelle ressource dispose-t-on pour eux? de placements, où on les nourrit artificiellement et mal, ou de nourrices de rebut.

Personne n'ignore qu'à Paris une bonne nourrice trouvera toujours pour sa personne un placement en ville où on lui donnera de 50 à 100 francs par mois, plus sa nourriture, ses habits et nombre de petits profits. Comment veut-on trouver une nourrice convenable à laquelle on offre en tout 22 francs par mois!

Puisqu'en réalité les pauvres êtres déshérités de

la fortune ne trouveront pas de lait féminin, ne vaut-il pas mieux essayer de les nourrir artificiellement, que de leur laisser fournir une nourriture mal conçue, mal préparée, dans des conditions malsaines et sans surveillance possible, par des femmes qui font semblant de les allaiter ?

C'est là un raisonnement irréprochable auquel on n'a pu faire d'autres objections que celles-ci. On encouragera la résistance des mères à l'allaitement, — on favorisera le progrès de certains industriels qui se proposent de faire fortune avec des maisons spéciales ou en fabriquant certains aliments.

La première objection tombe d'elle-même, les médecins agiront là dans la mesure qu'ils jugeront convenable.

La seconde est plus sérieuse. Aussi croyons-nous que le rapporteur du Conseil municipal a sagement fait d'éloigner toute entreprise privée, pour demander un essai de nourricerie modèle sous la direction d'un service hospitalier.

L'alimentation artificielle est, sans contredit, bien plus difficile à diriger que l'allaitement par la mère. Elle demande une surveillance de tous les instants. Sa base sera le lait de vache. Le rapporteur a bien signalé le lait d'ânesse, de jument et même de chienne. On conçoit que, dans certaines circonstances spéciales, ces ressources puissent être utilisées; mais il ne peut être question de s'en servir largement.

On a fait beaucoup de bruit autour du lait de chèvre, d'autant plus qu'il s'agit d'un animal que l'on peut faire têter directement par l'enfant. Il y a là une ressource sérieuse, mais qui ne se prêterait peut-être pas à un élevage en grand. On a quelque expérience de ce mode d'élevage au voisinage des villes où il s'emploie assez souvent. Dans ses remarquables leçons sur les nourrices et nourrissons syphilitiques, M. Fournier en fait un grand éloge et cite l'opinion très-compétente de M. le docteur Boudart, de Gannat. Mais, en réalité, le lait de vache sera toujours la source la plus abondante et la plus certaine de l'alimentation.

Il est désirable que les vaches soient nourries le mieux possible; de sorte que les vacheries dans l'intérieur de Paris ne sont pas très-favorables. D'autre part, comme il importe d'avoir du lait vivant, il est bon que ces vacheries ne soient pas très-éloignées.

Dans un établissement modèle de ce genre, il est bon de mettre un certain nombre de nourrices au sein, au moins pour le début de l'alimentation chez les enfants faibles. C'est, en effet, un point qui ressort très-nettement de l'intéressante étude du docteur H. Kuborn *sur les causes de la mortalité comparée de la première enfance* (Bruxelles, 1878), que l'alimentation artificielle très-supportable pour un enfant vigoureux est souvent pernicieuse pour un enfant né faible.

Mais il semble que l'Académie, elle-même, qui se montre si réfractaire aux vues du Conseil municipal de Paris, ait voulu faire quelques concessions et qu'elle ait reconnu la nécessité d'étudier l'allaitement artificiel. Dans le programme des concours de prix de cette illustre Compagnie nous trouvons, en effet, la question de l'allaitement artificiel.

Nous avons déjà commencé l'étude de cette question et nous avons analysé un fort remarquable mémoire du Dr Grangé; nous avons annoncé aussi un petit livre fort bien fait du Dr de Wehling sur le même sujet; enfin la Société française d'hygiène a mis cette question à son ordre du jour et nos lecteurs connaissent la discussion qui a eu lieu sur ce sujet.

L'alimentation artificielle, demande pour être sérieusement mise en pratique, à être étudiée dans tous ses détails. C'est là surtout d'ailleurs que le détail, même le plus futile, en apparence, acquiert une importance capitale par ses résultats. Et c'est précisément ce soin des détails qui rend ce mode d'allaitement si difficile à employer.

Nous donnons aujourd'hui une analyse du travail du Dr Joannès Grangé sur *le biberon*. La question est intéressante et elle mérite de fixer l'attention des praticiens.

Le biberon est un petit appareil employé dans l'allaitement artificiel pour remplacer le sein maternel (Nysten). Il se compose d'un vase ou bouteille de verre, de porcelaine ou de métal, mais plus généralement de verre et de forme aplatie.

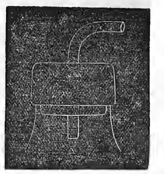


Fig. 1.

Ce vase (fig. 1) est fermé par un bouchon qui laisse passer un tube; une des extrémités du tube plonge dans le lait renfermé dans le récipient, l'autre extrémité est munie d'un tube en caoutchouc qui termine par un renflement qui porte le nom de

tétine, et qui est placée dans la bouche de l'enfant. Telle est la construction d'un des biberons les plus répandus chez les pauvres, grâce à son prix fort modique. Quels sont les inconvénients de ce biberon? D'abord il ferme hermétiquement, l'enfant peut bien prendre quelques tétées de lait, parce que le lait, étant chaud, l'air contenu dans le biberon est dilaté, et exerce sur le liquide une pression qui permet l'accomplissement des premières tétées; mais après quelques gorgées de lait prises, la diminution de pression par raréfaction de l'air ne permet plus l'écoulement du lait, l'enfant s'épuise à téter en vain.

La mère est prévenue par les cris de l'enfant, et elle soulève le bouchon pour rendre possible de nouveau la succion. L'autre inconvénient, qui est inhérent à tous les biberons à tubes de caoutchouc, c'est que la mère est portée à abandonner dans le berceau l'enfant et son biberon.

Pour parer au premier inconvénient, tous les inventeurs ont été conduits à pratiquer au bouchon une seconde ouverture, dite prise d'air, qui facilite l'écoulement du lait.

Le second inconvénient a fait créer le biberon sans tube, c'est-à-dire se tenant à la main.

Si cette prise d'air permet l'écoulement du lait, il faut dire aussi qu'elle a son inconvénient, celui de transformer le biberon en véritable siphon, d'où l'écoulement continuel du lait dès que l'appareil est amorcé. Cette prise d'air constitue le cauchemar des inventeurs qui s'efforcent de trouver une prise d'air, donnant accès à l'air, mais d'une manière pour ainsi dire automatique afin que le biberon ne fasse pas siphon.



Fig. 2.

Ainsi dans le biberon (fig. 2), la prise d'air se fait sur le bouchon en A, mais cette ouverture se termine dans le biberon par un petit appareil de caoutchouc, en forme de doigt de gant B. Ce petit doigt de gant présente une section en C, il en résulte une sorte de petit couvercle D.

Toutes les fois que l'enfant tête, l'air se raréfie dans le biberon, le petit couvercle D s'abaisse par suite de la différence de pression, et permet l'arrivée de la quantité d'air nécessaire au fonctionnement de l'appareil.

Cette disposition serait ingénieuse, si cette soupape ne finissait par laisser une ouverture béante, après un usage de quelques jours, comme je m'en suis assuré ; la soupape ne faisant plus son office, l'air arrive en trop grande quantité, et le biberon fait siphon. A cet inconvénient, se joignent les suivants qui se trouvent également dans les autres biberons à tube, et que je ne signalerai qu'une fois pour toutes, mais qui sont suffisants pour faire rejeter tous ces biberons : c'est qu'il entre du caoutchouc dans leur fabrication, matière qui doit être absolument rejetée. De plus ces tubes de caoutchouc s'aplatissent, d'où difficulté pour l'enfant de têter. Enfin le bouchon est en liège, c'est-à-dire d'une matière perméable au lait, d'où fermentation lactique et odeur repoussante du bouchon, etc...

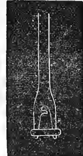


Fig. 3.

Dans le biberon (fig. 3), l'inventeur s'est servi d'un appareil de caoutchouc, analogue au précédent, mais il le place à la partie inférieure du tube de verre, c'est-à-dire plongé dans le lait. Alors on n'a pas à se préoccuper du diamètre de la prise d'air,

Quand l'enfant tête, le lait est attiré, et c'est lui qui soulève la petite calotte de caoutchouc, etc. Ce biberon est mauvais pour les mêmes raisons que le précédent.



Fig. 4.

Dans le biberon (fig. 4), l'inventeur s'est simplement ingénié à cacher sa prise d'air, l'inspection d'une coupe de bouchon fait voir comment l'air pénètre jusqu'à une petite lame de caoutchouc, percée d'une très-petite ouverture.

Dans d'autres biberons, c'est une petite bille en verre, renfermée dans la partie renflée de l'extrémité du tube de verre qui plonge dans le lait qui fait office de soupape et empêche le biberon de faire siphon (fig. 5).



Fig. 5.

Cette bille est remplacée par un petit cylindre conique à une de ses extrémités dans un autre

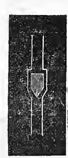


Fig. 6.

biberon (fig. 6); ce biberon a un inconvénient de plus, c'est que ce petit cylindre est un métal et se trouve renfermé dans une gaîne métallique.

Il existe encore un grand nombre de biberons à tube, que nous n'examinerons pas en particulier, car ils ont les mêmes inconvénients que les précédents, bien que les inventeurs aient cru arriver à la perfection, en réunissant dans leurs biberons ce qui distingue chacun des autres.

Nous ne citerons aussi que pour mémoire le biberon qui consiste en une poche de caoutchouc, simulant le sein, et se plaçant sur la poitrine de la femme.

Cet appareil, étant tout en caoutchouc, doit être absolument rejeté.

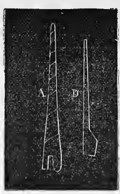




Fig. 7.

Quant aux biberons tenus à la main, nous avons d'abord celui représenté (fig. 7); il se compose d'une pièce A, en os, sur laquelle est gravée une spirale; cette pièce s'engage à frottement dans un cylindre de bois B, qui forme bouchon et monte ainsi jusqu'à la tétine en liége. La tétine est fixée au corps B par une bague C, qui se fixe elle-même au corps B par une fermeture à bayonnette.

La pièce D empêche l'écoulement du lait d'être trop rapide par son introduction à frottement dans la pièce A.

Ce biberon est aussi compliqué que son prix est élevé.

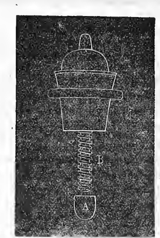


Fig. 8.

Dans le biberon représenté (fig. 8) l'air peut arriver librement, et c'est le débit du lait qui est modéré par un dé en bois A, qui, se vissant sur le tude B, masque un, deux ou trois trous sur quatre, qui sont pratiqués à sa surface.

Or, le bois humecté par le lait gonfle, le dé ne fonctionne plus dès le second jour; cet appareil doit être rejeté.

Un biberon qui me paraît un peu moins défectueux, est celui qui est composé d'un flacon en verre avec bouchon de verre sur lequelle se fixe la tétine à l'aide d'un fil. Sur la bouteille se trouve un pertuis, qui sert de prise d'air, et que l'on

bouche plus ou moins avec un doigt de la main qui tient le biberon.

La tétine est en pis de vache; il faudrait la ehanger souvent, de plus ce biberon est d'un prix élevé.

Le biberon dont se sert M. Grangé est un peu dans le même genre, seulement il a le grand inconvénient d'avoir une tétine en caoutchouc, désulfuré il est vrai, mais enfin en caoutchouc. De plus, la prise d'air est une ouverture trop large et nécessite un bouchon percé qui permet, par le doigt, de modérer l'arrivée de l'air; or, ce bouchon s'imprègne de lait.

Comme on le voit, tous ces appareils ne remplissent pas ou ne remplissent qu'imparfaitement les eonditions désirables, et ils comptent pour beaucoup aussi dans les insuccès de l'allaitement artificiel.

Voici sur le même sujet quelques réflexions du Dr de Wehling qui a insisté beaucoup sur les dangers du caoutchoue dans les biberons.

Eulenberg à Cologne, Patruban et Ragski à Vienne et Lubbecky à Duisbourg ont démontré, la présence du *zinc* et du *plomb* dans les biberons en caoutchouc vulcanisé!

M. Lubbecky trouva dans quelques-uns jusqu'à 50 0/0 d'un mélange d'oxyde de zinc et de craie; dans d'autres, 18 0/0 de carbonate de plomb (céruse) et 28 0/0 de craie.

Le Gouvernement s'émut aussitôt de ces faits, procéda à des perquisitions, condamna les marchands et défendit la vente de ces biberons.

Ainsi depuis 1861, c'est-à-dire depuis près de 20 ans, on punit en Allemagne ceux qui cherchent à empoisonner les enfants avec des biberons dangereux, tandis qu'en France, on peut encore les voir à l'étalage de tous les marchands! Ces biberons vulcanisés étant d'un prix inférieur sont surtout achetés par les personnes peu aisées. Y a-t-il lieu de s'étonner dès lors des résultats déplorables que donne l'allaitement au biberon dans les classes ouvrières? Quand donc le Gouvernement français cherchera-t-il à empêcher cette cause de la mortalité des nouveau-nés et prendra-t-il une mesure à cet égard?

M. Lucas-Championnière n'est pas aussi absolu, il ne condamne pas avec la même rigueur le caoutchouc. On fait aujourd'hui dit-il, de bon caoutchouc souple, désulfuré, qui est précieux pour la construction du biberon; le médecin doit examiner ce caoutchouc et rejeter celui qui n'a pas de souplesse ou présente un mauvaise odeur.

Le lavage du biberon, petit détail en apparence, est d'importance capitale. Il n'est aucun médecin qui n'ait vu des accidents graves dus, non à la malpropreté, mais à l'insuffisance de lavage du biberon. Nous avons aujourd'hui un moyen des plus précieux et parfaitement inoffensif dans les lavages avec une eau additionnée d'acide salicylique, lavages auxquels on fait succéder un lavage à l'eau chaude.

Le moyen indiqué par M. Lucas-Championnière est très-bon, mais il offre cet inconvénient de forcer la mère ou la personne chargée de l'allaitement à des précautions très-grandes. Les lavages à l'acide salicylique sont excellents, mais il vaut mieux, croyons-nous, avoir à s'en passer.

La conclusion de M. Lucas-Championnière sera la nôtre

En définitive, l'élevage artificiel des enfants avec le lait de vaches est possible, mais réellement difficile; il mérite toute l'attention et tous les soins dont on veut l'entourer. Sans en donner le détail, nous les avons indiqués à grands traits. Il est évident qu'il serait bien utile d'avoir un personnel spécial qui sût le pratiquer et l'enseigner.

C'est à ce titre que nous ne pouvons qu'approuver les conclusions de M. Thulié et l'établissement de la nourricerie modèle.

Dr P.

TRAVAUX ORIGINAUX

TUMEUR VOLUMINEUSE DE LA RÉGION SACRO-COXYGIENNE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.



Le 21 juin 1879, j'étais appelé par une sage-femme du pays, pour constater *de visu*, ce qu'elle appelait un phénomène; il s'agissait, selon elle, d'un enfant à deux têtes, et ce qu'il y avait de plus phénoménal, c'est que la tête supplémentaire avait élu domicile *au derrière*.

Ce qui, à un examen très-superficiel, avait été pris pour une tête, était une tumeur énorme de la partie postéro-inférieure du tronc.

L'accouchement avait eu lieu la veille; la sage-femme avait diagnostiqué une présentation de la face : mais il lui fut démontré, par la suite, que

cette présentation de la face était une présentation du siége et que la présence inopinée de la tumeur en question avait causé l'erreur de diagnostic.

Après le dégagement de la tumeur qui se fit en quinze ou vingt minutes, l'accouchement se termina de la façon la plus heureuse.

Ce nouveau-né était le cinquième enfant des époux C... Le père est âgé de quarante ans, la mère de 36 ; ils sont bien portants tous deux et ont de bons antécédents héréditaires ; tous leurs autres enfants sont vivants et en bonne santé.

L'enfant, quand je l'ai vu, était pâle, chétif, maigre ; il avait à peine la force de prendre le sein. Sa longueur était de 40 centimètres et son poids d'environ 2 kilos : la meilleure partie de ce poids revenait à la tumeur qui paraissait plus volumineuse que la tête du nouveau-né.

Cette tumeur adhérente par une large base, au sacrum et au coccyx, oscillait au moindre mouvement de l'enfant ; elle tiraillait l'orifice anal qu'elle tenait entre-ouvert, de sorte que les déjections s'écoulaient sans cesse. Elle mesurait dans sa plus grande circonférence 30 centimètres, et dans sa plus petite, à la base, 27 centimètres ; 20 centimètres d'avant en arrière et 16 centimètres en travers. La tumeur, dont on peut voir le profil sur la gravure, était irrégulière, bosselée, d'une consistance généralement assez ferme, molle et fluctuante par places. Une saillie, grosse comme le bout du doigt, existait en arrière de la tumeur, et avait, au toucher, une certaine résistance ; ce qui explique l'erreur de la sage-femme qui avait pris ce lobule pour le nez de l'enfant. De grosses veines se dessinaient sous une peau mince, ici, très-foncée, là, d'un rouge vif.

Prévoyant la mort de l'enfant qui languissait, maigrissait à vue d'œil et prenait un aspect aussi cachectique que possible, j'avais demandé aux parents l'autorisation de faire la nécropsie.

La mort ayant eu lieu le 20 juillet, un mois après la naissance, je pus me rendre compte de la nature de la tumeur. Après la section de la peau, j'arrivai sur un tissu dur, résistant à la coupe, d'un blanc rosé, peu vasculaire et dont les fibres prenaient naissance sur les os sous-jacents pour s'épanouir à la surface de la tumeur en rayonnant dans tous les sens. C'était comme un champignon implanté sur le sacrum. En avant et en arrière existaient deux cavités remplies d'un liquide filant, grisâtre, puriforme. L'aspect franchement fibroïde de la tumeur, sa trame serrée, dépourvue d'alvéoles et de cavités kystiques, son aspect rosé et peu vasculaire, m'ont donné la conviction que j'étais en présence d'un sarcome.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. En premier lieu elle révèle une cause d'erreur possible dans le diagnostic de la présentation.

Ici, l'erreur était presque inévitable et plus d'un praticien expérimenté aurait pu la commettre. C'est à l'accoucheur de se tenir sur ses gardes, de s'attendre à toutes les anomalies possibles, quand il pratique le toucher, et d'être bien sûr de lui avant de se prononcer.

Cette tumeur pouvait devenir une cause de dystocie. Si la chose est rare, elle est possible et ne doit pas être perdue de vue.

« L'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, dit Stoltz, est assez fréquemment le siège « de tumeurs anormales plus ou moins volumineuses ; elles peuvent égaler ou surpasser le « volume d'une tête de fœtus. Tantôt elles sont « molles et fluctuantes, tantôt dures et résistantes. « Rarement leur volume ou leur consistance rend « l'accouchement difficile. Ainsi Molk, qui a fait « de ces tumeurs congénitales le sujet d'une « monographie intéressante, n'a trouvé sur cent-sept observations que dix-huit cas d'accouchement pénible. (*Diction. de Jaccoud.* art. : « *Dystocie.*)

Si Stoltz est très-bref au sujet de ces tumeurs caudales, E. Bailly (*in* art. : *Fœtus Diction. de Jaccoud*) entre dans de plus longs détails et donne la description d'une variété de tumeurs, « qui, dit-il, mérite une mention particulière, « parce que leur aspect extérieur et la nature des « éléments qui les composent présentent des « caractères assez constants pour en faire une « espèce à part. Ces tumeurs naissent de la partie « postérieure et inférieure du tronc auquel elles « sont suspendues pas un pédicule étroit qui paraît « se continuer avec les tissus fibreux du coccyx.

« Leur volume égale au moins celui de la tête « fœtale. Leur forme est arrondie ou ovoïde ; elles « ont une consistance molle et élastique. Leur « surface est inégale, bosselée et recouverte par « une peau mince, d'un rouge vif, luisante et « sillonnée de nombreux vaisseaux variqueux. « Le tissu qui les compose, d'un blanc grisâtre, « fongueux, se laisse déchirer facilement par les « doigts et offre une analogie avec le cancer en-« céphaloïde.

M. E. Bailly a observé, dit-il, un nouvel exemple de cette variété de tumeurs, dont la description et l'analyse histologique ont été données par M. le professeur Robin, qui a vu là un tissu analogue au tissu interposé aux gros kystes des tumeurs ovariques, tissu contenant des vésicules closes analogues aux vésicules de De Graaf. Selon Robin, il y a là un cas de génération hétérotopique de tissu analogue à celui de l'ovaire.

La tumeur que j'ai observée se rapproche, par sa situation et sa configuration, de celles qui ont été vues par les auteurs ; on peut les réunir sous la dénomination de *tumeurs caudales* du fœtus ; mais elle s'en éloigne par plusieurs caractères : par la nature de son contenu, par son adhérence sur une large surface, tandis que les tumeurs caudales, dont M. Bailly veut faire une variété à part, ne sont adhérentes que par un pédicule étroit, gros comme le petit doigt.

De nouvelles observations sont donc nécessaires avant de faire de ces tumeurs caudales du fœtus, une espèce à part, avec des caractères constants.

D[r] Séjournet,

Membre du Concours Médical.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

ASSURANCES SUR LA VIE

Renseignements sur la New-York, compagnie d'assurances surla vie. — 346 et 348, Broadway. — New-York.

Conseil d'administration à New-York.

MM.

Morris Franklin, *président de la Compagnie;*
H. B. Claflin, de la maison H. B. Claflin and Co ;
W. H. Appleton, de la maison D. Appleton and Co, Editeurs ;
George A. Osgood, Banquier;
Wm Barton, Banquier;
David Dows, de la maison David Dows and Co;
Charles Wright, Docteur médecin;
Robert B. Collins, de la maison Collins and Brother;
Wm A. Booth, de la maison Booth and Edgar;
Edward Martin, de la maison E. Martin and Son;
John Mairs, Négociant;
Henry Bowers, de la maison Bowers, Beeckman and Co ;
Loomis L. White, Banquier,
John M. Furman, Président de la Compagnie d'Assurances Farragut, et Vice-Président de la quatrième Banque nationale;
Edward A. Whittemore, négociant;
Hrnry Tuck, Docteur médecin;
S. S. Fisher, Négociant;
Alexander Studwell, Négociant ;
William H. Beers, *Vice-Président de la Compagnie,*

Direction pour l'Europe, directeur général : H. S. Homans, 19, Avenue de l'Opéra, Paris.

Dépôt permanent en France. — Tous les fonds de la Compagnie *La New-York* répondent de ses engagements.

Pour garantir en tout temps la prompte exécution de ses contrats en France, la Compagnie a remis en *Titres de Rentes des Etats-Unis* une somme qui dépasse *Un million* de francs à la *Société civile du Fonds de garantie français de la Compagnie d'assurances* La New-York, constituée pour 99 ans, aux termes de deux actes passés devant Me TOLLU, notaire à Paris, les 26 septembre et 13 octobre 1874, et composée de :

MM. Mathieu-Bodet, député, ancien ministre des finances, *Président*;
Passy (Louis), député de l'Eure;
E. Duclerc, sénateur, ancien ministre des finances,

dont les attributions consistent exclusivement en la conservation et, au besoin, la réalisation des dites valeurs au profit des tiers.

La New-York, aux termes de ces actes, s'est obligée envers la Société de garantie à maintenir ce dépôt au moins à son montant actuel, en toute circonstance, et elle ne pourra rentrer en possession des dites valeurs qu'après la liquidation entière et le règlement de toutds ses opérations en France.

Les valeurs, transférées à la Société de Garantie, ont été déposées par elle le 13 octobre 1874, à la Banque de Frauce.

Banquiers à Paris : MM. Marcuard, André et Ce, 31, rue Lafayette. — Drexel, Harjes et Ce, 31, boulevard Haussmann.

II

DES SYNDICATS MÉDICAUX

Monsieur et très-honoré confrère,

L'organisation des syndicats médicaux, qui devient, dans votre journal et dans les aspirations de beaucoup de médecins, une question à l'ordre du jour, me semble intimement liée à celle de l'association générale, ou plutôt, des societés locales, par département ou par arrondissement. C'est donc à ce point de vue, et en fondant cette institution dans le sens même de l'association, que je vous adresse, aujourd'hui, quelques réflexions et un plan d'organisation qui est, à mon avis, des plus simples dans l'exécution.

Actuellement, la réunion de toutes les *sociétés locales de France*, jointes à la société centrale de Paris, présente le chiffre respectable de huit mille médecins. Fonder, en dehors de cette association, une société d'intérêts professionnels, au moyen des syndicats, me paraîtrait créer une scission dans la grande famille médicale. Le but et les règlements de cette institution de secours mutuels, s'opposent-ils donc à l'établissement des syndicats qui sont une création utile à la moralisation de la profession et à la défense bien comprise de ses intérêts ! L'association inscrit, en tête des statuts : *secours mutuels, prévoyance, moralisation, soutien, protection,* etc...

Sont-ce donc là de vains mots? le but n'est donc pas rempli complétement? Je répondrai : oui, pour une partie de ce programme. En tant que société de secours mutuels, l'association fonctionne d'une manière admirable ; des secours sous forme de petites pensions viagères, sont déjà distribués à un grand nombre de médecins nécessiteux, et dans la dernière assemblée générale, à laquelle j'ai eu l'honneur d'assister, comme délégué de la Loire, j'ai recueilli cette promesse de la bouche de notre honoré Président : « Dans dix ans et peut-être plus tôt, toutes les misères professionnelles seront secourues d'une manière plus efficace, et le chiffre des pensions viagères aux médecins infirmes et malheureux, sera porté à *douze cents francs*.

C'est là une assurance sérieuse contre la mirère : mais cela suffit-il aux désirs, aux aspirations, aux besoins de la profession? Je ne le crois pas. Les plaintes, les récriminations sont unanimes ; partout et surtout dans les campagnes et les petites villes, il existe un malaise du corps médical qui cherche appui et protection et qui se plaint de l'inertie ou du peu d'activité de *l'association*, au point de vue des intérêts professionnels.

La création des syndicats, dans le sein des sociétés locales, en donnant plus de cohésion, de vitalité à l'association, serait une heureuse inspiration, et lui faciliterait beaucoup la seconde partie de sa tâche. par des rapports plus fréquents entre collègues de circonscriptions voisines, et par une entente forcée au point de vue des intérêts.

En quoi consisterait le rôle protecteur de l'association, par l'intermédiaire des syndicats?

Cette protection consisterait, non pas tant à harceler le pouvoir de demandes de réformes et à poursuivre l'exercice illégal de la médecine, qu'à réglementer, à codifier au besoin les rapports des médecins entre eux, avec la société de secours mutuels, les bureaux de bienfaisance, les administrations, etc., et enfin à établir par circonscription médicale l'application d'un tarif *à minima*,

qui engagerait d'honneur tous les membres du syndicat.

Quant à la question disciplinaire, je me bornerai à dire qu'il serait indispensable qu'un *rappel à l'ordre*, ou même *un blâme* plus ou moins accentué puisse être infligé, en assemblée générale, aux sociétaires qui auraient manqué à leurs engagements. A ceux qui trouveront que c'est acheter trop cher la protection, que de sacrifier son indépendance et sa liberté, je répondrai que, dans toute société bien organisée, le respect des lois n'exclut nullement les idées de liberté et d'indépendance. Du reste si l'on veut *qu'association protége*, il est indispensable *qu'association oblige*. Voici sur quelles bases j'ai l'intention de proposer l'établissement des syndicats médicaux dans la sooiété des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

1° Election *d'un syndic* dans chaque circonscription médicale, comprenant *cinq médecins*.

2° Dans les grandes villes, où les praticiens sont plus nombreux, cette proportion pourrait être *d'un sur dix*.

Le *mandat du syndic* serait renouvelable tous les trois ans et l'élection aurait lieu en assemblée départementale ou régionale.

4° Tous les trois mois au moins, *réunion obligatoire* des syndics avec les médecins de circonscription faisant partie de l'association.

5o Tous les ans *réunion et assistance obligatoire* de tous les syndics, à l'assemblée générale au chef-lieu du département.

Quelles seraient les attributions de ces syndics?

1o Percevoir les cotisations des médecins sociétaires.

2o Discuter et fixer avec leurs collègues de la même circonscription, les bases *minima* des honoraires exigibles, et toutes les conditions d'exercice dans le même rayon.

Aplanir et concilier, autant que possible, les difficultés pouvant s'élever, soit entre confrères, soit entre clients, et médecins.

4o Traiter eux-mêmes, au nom de leurs collègues de la même circonscription, avec les sociétés de secours mutuels, bureaux de bienfaisance, administrations, etc., d'après des tarifs adoptés de concert entre praticiens du même rayon.

5o Signaler les cas d'exercice illégal de la médecine et adresser, chaque année, un rapport à l'assemblée départementale sur le fonctionnement du syndicat.

C'est là, j'en conviens, un rôle difficile et même onéreux dans certains cas : aussi je crois qu'il serait indispensable d'accorder une *indemnité* pour déplacement et autres frais nécessaires.

Pour subvenir à ce surcroît de dépenses, il y aurait nécessité d'augmenter le chiffre de cotisation annuelle et de la porter à vingt francs. Du reste les mandats étant renouvelables tous les trois ans, chacun pourrait prendre, à tour de rôle, une part de cette charge.

En entrant résolûment dans cette voie, *l'association* verrait bientôt doubler le nombre de ses membres, car elle offrirait, non-seulement une assurance contre la misère, provenant des infirmités, ou de la vieillesse; mais aussi une protection efficace et constante dans la périodc d'exercice de la profession. En faire partie, serait le premier devoir du jeune médecin en débutant; en être exclu, serait un signe d'indignité, que chacun voudrait éviter.

En résumé, je dirai : 1o des *syndicats* destinés à mettre les médecins en rapport, à les forcer à se réunir et à s'entendre pour la défense de leurs intérêts communs : 2o une assemblée départementale ou régionale, recevant les rapports des syndics, les rapprochant et uniformisant autant que possible, les conditions d'exercice dans les circonscriptions médicales voisines.

3o Enfin une assemblée générale, recueillant les aspirations, les désirs de tout le corps médical, manifestés par les syndicats, et usant de la haute influence de son conseil général et judiciaire, pour agir auprès du gouvernement et obtenir les réformes indispensables, réglementer et codifier, au besoin, les conditions d'exercice de la médecine.

Dans une organisation de ce genre, le pouvoir le plus ombrageux ne peut voir qu'une défense légitime et équitable d'intérêts sérieux qui sont en cause et nullement une question de coalition. En attendant la réalisation d'un programme quelconque pour l'amélioration de la profession médicale, je fais un appel à tous les jeunes médecins, et je leur dis :

Unissez-vous et entendez-vous, si vous voulez être forts, *juncta vigens*, et pour parer aux éventualités de l'avenir et d'une mission délicate et difficile entre toutes. Contractez les trois assurances suivantes :

1o Assurance contre la misère des vieux jours en entrant immédiatement dans l'*association générale* des médecins de France, qui (en cas de besoin) ne vous laissera pas dans le dénuement et vous garantira une honnête médiocrité, tout en vous prêtant aide et protection pendant votre exercice professionnel.

2o Assurance à la *Compagnie générale contre les accidents*, par l'intermédiaire du *Concours médical*.

3o *Assurance sur la vie* à primes fixes, ou à rentes viagères, pour vous forcer à l'épargne et garantir à vous et aux vôtres l'aisance et la fortune.

Voilà un appel qui ne doit pas être considéré comme une réclame au nom de l'association générale ou de scompagnies d'assurances ; mais bien la conviction sincère d'un médecin déjà vieux en exercice et qui dans la sphère modeste où il s'est placé, a toujours conservé une haute idée de la dignité médicale et de la confraternité.

Recevez, très-honoré confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

Charlieu le 16 mai 1880. Dr BÉRAUD.

Memrbe fondateur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer un peu tardivement la mort du docteur *Fernand Cyvoct*, conseiller général de l'Ain, médecin de l'hôpital de Belley, membre fondateur du *Concours Médical*.

« Médecin érudit, au sens droit, au jugement sûr; esprit fin et cultivé, nature éminemment sympathique, se donnant à tout et à tous ; aimé de ceux qui l'approchaient, notre confrère poussait le dévouement, la générosité, le désintéressement jusqu'à leurs extrêmes limites. Sa vie a été celle de la plupart des médecins : vie de travail, d'oubli de soi-même. Il avait une vaste clientèle et ses brillantes qualités lui valurent, de bonne heure, un siége au conseil général. Son incessante activité, physique et intellectuelle, a abrégé ses jours et les nombreux discours prononcés sur sa tombe n'ont été que l'expression affaiblie de l'estime et de la considération dont il jouissait dans toute la contrée. »

CHRONIQUE

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène et de salubrité publiques, qui se sont plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1877 un certain nombre de récompenses. Nous sommes heureux de signaler un certain nombre de nos lecteurs. Ce sont :

M. le docteur Drouineau, à La Rochelle, membre du conseil de la Charente-Inférieure. Travaux remarquables. Propositions importantes sur l'organisation de l'hygiène en France. *Médaille d'or.*

M. le docteur Maurice, à Saint-Etienne, vice-président du conseil de la Loire. Rapports intéressants. *Médaille d'argent.*

MM. le docteur Giustiniani, à Ajaccio, secrétaire du conseil de la Corse ; le docteur Jaubert, à Périgueux, secrétaire du conseil de la Dordogne; le docteur Rebory, à Digne, secrétaire du conseil des Basses-Alpes. *Médaille de bronze.*

CORRESPONDANCE

AVIS

Les manuscrits, les lettres, destinés à l'impression, doivent être écrits seulement au recto. Prière de laisser des marges pour les annotations.

Il est essentiel, disait le Dr Béraud, dans une de ses lettres, que les jeunes médecins soient au courant de nos devoirs et de nos droits professionnels. Comme le Concours Médical *fait une étude constante de cette question, nous avons décidé que les fondateurs et participants, pourront nous faire parvenir l'adresse de leurs fils étudiants de quatrième année et suivantes. Ceux-ci recevront le journal jusqu'à la fin de leurs études et, à la date de leur réception, auront le droit d'être inscrits à titre de participants du* Concours Médical.

— Dr P., à T. (Haute-Garonne), 17 mai.

Par exception et pour être agréables à notre confrère C., nous vous inscrivons participant. Vous saurez bien faire acte de concours, comme propagande, fournisseurs, assurances, collaborateurs, etc...

— Dr C., à N. C. (Aisne), 19 mai.

Nous attendrons que vous ayez retrouvé des loisirs.

— Dr M., 636 (Doubs), 19 mai.

Vous pouvez vous adresser au Ministère de l'Intérieur, our obtenir une situation administrative dans les asiles d'aliénés. A l'ancienneté, ces positions conduisent à une direction. Nous ne voyons pas d'autre demande qui ait chance de succès, à moins que vous n'ayez des titres spéciaux et qu'il se produise des vacances dans des postes médicaux, dont le nombre est d'ailleurs très-restreint.

— Dr L., à A., 14 mai.

Vous êtes inscrit.

— Dr A., 25 (Var), 19 mai.

La poste est seule coupable. Les retours de journaux nous parviennent intacts. Nous n'avons pas le droit de coller les bandes avec la gomme ou le timbre. Et votre collaboration?

— Dr G., 425, 17 mai.

Fait la réclamation pour la *Victoria* et la *Reine*. — Oui, la question de la Digitaline est examinée, ainsi que celle de l'Aconitine. — On a déjà fait l'enquête que vous réclamez au sujet des produits spéciaux; les réponses n'ont pas été très-nombreuses, nous le regrettons et invitons de nouveau nos confrères à nous faire connaître, dans leurs lettres, quels sont les produits spéciaux qui leur paraissent indispensables et en conformité avec notre programme. — Nous avons demandé l'envoi du catalogue de la maison *Adrian*. — Certainement que dans les réunions qui auront lieu, la question des intérêts professionnels comportera l'examen des produits à adopter. — Vous dites : « *La feuille réservée aux annonces devrait porter la mention que le* Concours *recommande, d'une façon toute spéciale, les médicaments et Eaux minérales qu'il a adoptés et que cette annonce est une adoption qui diffère profondément des réclames des journaux ordinaires.* » Nous ne croyons pas cette mention indispensable. C'est de la lecture du programme du *Concours Médical*, que se déduit la remarque que vous faites et nous sommes assurés que pas un de nos lecteurs ne peut s'y méprendre.

Vous ajoutez : « *Ne serait-il pas bon de joindre, de temps en temps, aux numéros du journal, adressés aux fondateurs et participants, des formules d'adhésion qu'ils pourraient utiliser le cas échéant.* » Nous sommes tout disposés à cela; mais, dans tous les cas, nous observons qu'une formule manuscrite est bientôt rédigée.

— Dr P.-A., à B. (Haute-Loire), 17 mai.

Fait l'envoi. Les noms des confrères indiqués, sont aux envois à continuer. Inscrit le Dr B. Nous attendons la suite de votre étude.

— Dr A., 32 (Loire).

Inscrit en votre nom le Dr F.

— Dr L.-G., à St-G. (Oise), 19 mai.

Heureux de votre rétablissement, nous vous inscrivons participant et prenons bonne note de votre désir.

— Dr H.-R., à V. (Ardèche), 20 mai.

Comme l'envoi vous est fait régulièrement, nous supposons que si vous n'avez pas reçu c'est que l'adresse était incomplète. Réclamez à la poste. Nous rectifions selon votre indication.

— Dr R..., à L. (Ain), 21 mai.

Comme votre réponse à notre proposition a été bien tardive, nous ne pouvons pour le moment, vous inscrire qu'en qualité de participant.

— Dr E., à L. (Indre), 21 mai.

Nous recherchons avec empressement l'occasion d'être utiles à tous les nôtres et sommes heureux d'y avoir réussi avec vous.

— Dr R., 832 (Haute-Garonne), 21 mai.

Vous rendez au *Concours* les plus grands services. Nous espérons bien pouvoir un jour nous entretenir avec vous. Vous dites : « *Je crois qu'il serait bon d'adresser une circulaire à toutes les associations locales, ou départementales. Vous expliqueriez le but du* Concours Médical *et réclameriez une adhésion, après discussion. Vous avez des amis partout à cette heure et vous serez assuré d'avoir de chaleureux défenseurs. Faire la lumière sur nos aspirations à tous, sera éminemment utile.* »

Nous avons déjà adressé des circulaires aux divers bureaux des sociétés. Nous enverrons de nouveau notre programme qui expose nos désirs professionnels.

— Dr R., à Ch. (Haute-Marne).

Reçu l'envoi. Nous comptons sur votre bon concours.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 23 6 juin 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie de médecine la discussion ouverte par MM. Depaul et Pasteur sur les virus s'est continuée mardi.

Dans un prochain numéro nous résumerons, pour nos lecteurs, les points importants de cette discussion très-intéressante, par elle-même, et digne d'attention, encore, par les noms des savants qui y prennent part.

Il se passe, en ce moment, à Montpellier, des incidents très-regrettables. Les étudiants ont protesté contre la nomination d'un professeur appelé à occuper une chaire due, selon eux, à un autre agrégé déjà suppléant et chargé de cours.

La situation est telle qu'il ne nous convient pas d'entrer dans la discussion des faits en eux-mêmes. Les journaux politiques de toutes les opinions se sont emparés de la question et nous ne voulons pas entrer dans des considérations étrangères à la science.

Nous voulons, seulement, tirer un enseignement de ce qui se passe à Montpellier, et c'est celui-ci : si les chaires étaient données au concours, jamais nous n'aurions de pareilles scènes à déplorer. Tous les efforts de la presse médicale devraient tendre vers ce but.

Si le concours pour le professorat était rétabli, nous verrions bien des difficultés s'aplanir.

Dans tous les cas, il est souhaitable que tout rentre dans l'ordre à Montpellier. En effet, la future faculté de Toulouse menace la plus vieille de nos écoles, et la faculté de Bordeaux a déjà dû lui porter un préjudice considérable.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ

Leçon de M. Trélat

Tumeur maligne du testicule droit, avec propagation dans le petit bassin et probablement dans l'épiploon gastro-hépatique.

Au n° 19 de la salle des hommes, se trouve un garçon de trente-trois ans, d'origine piémontaise, et exerçant la profession de maçon. Il s'est présenté avec une tumeur du testicule droit qui, malheureusement, défie tout traitement chirurgical ou médical, et qui nous apprendra, une fois de plus, qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir par une opération intempestive dans les cas de tumeurs, avant de s'être assuré qu'elles ne se sont pas propagées à des organes inaccessibles aux explorations de la chirurgie.

Voici, en peu de mots, l'histoire du malade. C'est un jeune homme, à la figure intelligente, et dont la stature semble, au premier abord, annoncer la santé. Il n'avait jamais été malade, lorsqu'en 1871, il s'aperçut qu'une petite tumeur, grosse comme une noix, s'était développée à la partie inférieure du testicule droit. Cette lésion ne semble d'abord pas lui apporter beaucoup de gêne; il ne souffrait pas, et comme d'ailleurs le mal semblait rester stationnaire, il ne s'en préoccupa nullement. Mais au mois de novembre 1877, c'est-à-dire cinq ans

après, de nouveaux phénomènes apparurent; la douleur, qui était à peu près nulle, devint plus vive et s'accompagna d'une augmentation de volume du testicule. Dans les derniers temps surtout, la tumeur grossit rapidement, au point de ne plus permettre au patient de se livrer à ses occupations habituelles. C'est ce qui le décida à entrer dans le service de M. Nicaise à l'hôpital Laennec. On l'examina avec beaucoup d'attention, et l'on jugea prudent de ne pas intervenir par les moyens chirurgicaux. Le malade sortit donc, toujours porteur de sa tumeur, et vint se présenter, quelque temps après, à la consultation de M. Trélat, qui le fit entrer dans son service.

A l'arrivée de ce jeune homme à l'hôpital de la Charité, on constate une tumeur au scrotum, grosse comme le poing, transparente par places. A la palpation, on sent de la fluctuation en certains endroits, une résistance très-dure en d'autres. On trouve, en outre, des masses ganglionnaires arrondies, se propageant le long du canal inguinal, et en pressant profondément la paroi abdominale, M. Trélat découvre qu'elles se continuent dans le petit bassin. Un peu plus haut, et dans l'hypochondre droit, se trouve une tumeur, grosse comme les deux poings réunis.

Afin de chercher à compléter le diagnostic, on fait une ponction exploratrice dans la cavité vaginale et l'on retire 300 grammes environ d'un liquide citrin, rougeâtre, un peu louche. La tumeur du testicule ne disparait pas après cette petite opération, et l'on perçoit plus nettement en arrière, une coque très-dure, formant une masse englobant le testicule et l'épididyme ; elle se continue par des noyaux indurés, qui suivent le trajet du cordon. Le toucher rectal ne fait rien constater d'anormal dans la prostate et les vésicules séminales.

Le jour qui suit son entrée à l'hôpital, le malade offre une légère teinte ictérique ; le lendemain, la coloration des téguments est beaucoup plus accentuée. Ce phénomène, joint aux résultats fournis par la palpation abdominale, font penser à M. Trélat, que la tumeur sentie dans l'hypochondre siége, probablement, dans l'épiploon gastro-hépatique, et provoque l'ictère, par compression des conduits biliaires.

Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale ne servirait qu'à abréger les jours du malade qui, d'ailleurs, ne peut manquer de succomber à bref délai.

On ne peut fonder que des conjectures sur la nature de la tumeur, et M. Trélat n'en a parlé que pour rappeler la prudence qu'il faut apporter dans les opérations, et l'attention qu'on doit mettre dans l'examen des malades avant d'intervenir activement.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE L'UTÉRUS, SIMULANT UNE CHUTE DE CET ORGANE.

Il se trouve, à la salle des femmes, une malade, entrée le 27 avril, qui présente une affection assez commune, dont l'interprétation pathologique est souvent erronée. C'est une journalière de quarante-cinq ans, sèche, nerveuse, et qui paraît jouir habituellement d'une bonne santé. Elle a eu autrefois la fièvre typhoïde, puis la variole. Réglée à l'âge de quatorze ans, elle est devenue enceinte à quinze et n'a plus eu de grossesse depuis ce temps. Il y a un an, elle s'aperçut qu'elle avait des douleurs dans le bas-ventre. Bientôt elle remarqua qu'elle urinait difficilement, et ce fait s'accentua parfois au point de produire une véritable rétention d'urine.

Notons, en passant, ce phénomène qui est très-important à cause de la fréquence avec laquelle il se montre dans l'affection qui nous occupe.

La malade se tint quelques jours au repos, se fit sonder, prit des bains tièdes, bref les symptômes parurent s'amender un instant pour reparaître quelque temps après. C'est pour cela, qu'au commencement d'avril 1880, elle entra dans le service de M. Maurice Raynaud, à la Charité. Elle sortit améliorée, après quinze jours de traitement. Vers la fin d'avril, la malade s'aperçut tout à coup, qu'il y avait *quelque chose* qui lui sortait par la vulve ; en outre, elle ne pouvait plus uriner. Elle se présente alors dans le service de M. Trélat.

Cet habile chirurgien l'examine au speculum et ne tarde pas à s'apercevoir que c'était le col de l'utérus qui avait fait saillie un moment à travers la vulve. Il introduisit l'hystéromètre qui s'enfonce à une profondeur de 14 centimètres. L'utérus était manifestement allongé.

Ici, M. Trélat fait observer qu'on a signalé, dans les livres classiques, un fait absolument inexact. On a prétendu qu'il y avait antagonisme entre l'allongement hypertrophique du corps de l'utérus et celui du col. Il est vrai qu'il prédomine presque toujours dans une de ces parties, mais il occupe en même temps, et à des degrés divers, les portions sus et sous-vaginales. Chez notre femme, lorsqu'on fixe le col utérin, on peut constater, avec le doigt, que la partie sous-vaginale mesure 5 cent. en arrière, et 4 cent. en avant. La matrice est également allongée dans sa portion sus-vaginale, puisqu'à l'état normal l'hystéromètre ne s'enfonce que de 4 cent. environ dans la cavité utérine. Disons donc qu'il y a allongement de tout

l'organe, mais principalement des parties sous-vaginales.

La malade a des douleurs névralgiques ilio-lombaires, paraissant et disparaissant par moments.

Que, si l'on passe à l'interprétation des symptômes, on peut dire, en résumé, qu'on a sous les yeux une femme qui a commencé à éprouver quelque incommodité il y a un an seulement. Elle a eu des douleurs vagues dans le ventre; puis de temps à autre de la rétention d'urine, jusqu'à ce qu'un jour, brusquement, et sans que rien pût le faire prévoir, elle sentit *quelque chose* sortir par la vulve. Tous ces phénomènes se rattachent à l'allongement hypertrophique de l'utérus. Du reste, cette marche de la maladie n'est pas insolite, c'est plutôt un fait habituel qu'il est aisé de comprendre. Cette affection progresse très-lentement. Le col s'avance peu à peu, jusqu'au moment où il vient butter contre un obstacle. Dans la grande généralité des cas, il est arrêté par la symphyse des pubis, et alors, sous l'influence de ce voisinage incommode, la vessie traduit ses souffrances tantôt par des besoins fréquents d'uriner, tantôt par une véritable rétention d'urine, selon que la muqueuse, devenue irritable, provoque la contraction musculaire dès qu'un peu d'urine s'est collectée, ou que le sphincter vésical se contracte spasmodiquement. Lorsque la miction ne se fait pas, et qu'on sonde la femme, on n'éprouve aucune résistance faisant penser à un obstacle quelconque siégeant derrière le méat urinaire.

Cependant l'hypertrophie continue à faire des progrès et il arrive enfin un moment où le col utérin glisse tout-à-coup le long de l'arcade pubienne et vient faire saillie à la vulve.

C'est de cette manière que les choses se passent le plus souvent; mais quand l'hypertrophie est partielle, très-limitée, ce qui arrive bien rarement il est vrai, le col de l'utérus peut descendre insensiblement le long des parois du vagin et venir se montrer à l'orifice externe des organes génitaux, progressivement, et sans présenter la soudaineté qu'on remarque dans l'allongement hypertrophique général.

La brusque apparition de l'utérus à la vulve a fait souvent croire à une chute de cet organe. Il faudra se tenir en garde contre une pareille erreur, et se rappeler que la plupart des prétendues chutes de la matrice, ne sont que des élongations hypertrophiques à un degré assez avancé.

Le repos exerce une heureuse influence sur cette affection, en ce sens qu'il semble d'abord la faire rétrograder. On peut facilement se convaincre du fait chez notre malade. L'hystéromètre s'enfonçait de 14 cent. à la date de l'entrée à l'hôpital; dix jours après, l'instrument s'arrêtait à 13 cent; il ne pénètre plus aujourdhui qu'à 12. Il ne faut pas espérer, néanmoins, que le repos suffise pour ramener l'utérus à son état normal. On sera obligé de faire une opération d'exérèse.

Deux procédés se trouvent en présence :

Fera-t-on simplement l'ablation des parties sous-vaginales à l'aide de l'anse galvano-caustique, ou bien suivra-t-on le manuel opératoire de Huguier?

La première méthode, qui est bien connue, a l'avantage d'être simple et facile, et d'éviter toute perte sanguine, puisque l'opération peut se faire à sec. Elle donne d'excellents résultats.

La seconde, qui consiste à circonscrire et à enlever avec le bistouri un cône dont la base est représentée par l'extrémité inférieure du col et dont la pointe va se perdre dans la partie sus-vaginale de l'utérus, a également donné de bons résultats entre les mains de chirurgiens habiles tels que Huguier, Pozzi, etc., mais elle n'est pourtant pas aussi inoffensive que la première. C'est une opération sanglante et l'on risque de tomber dans les culs-de-sac péritonéaux, ce qui peut entraîner de graves conséquences.

M. Trélat préfère employer le premier procédé.

Il passe l'anse du galvano-cautère, un peu au-dessous des replis vagino-utérins, en ayant soin de ne laisser produire qu'un courant électrique suffisant pour développer une chaleur modérée. En même temps, au moyen d'un mécanisme qu'il a fait adapter à l'instrument dont il se sert, il tend le fil métallique de façon à exercer une pression légère et continue sur les parties qu'il s'agit de diviser. De cette manière la portion sous-vaginale de l'utérus est enlevée en quelques minutes ; la surface de section est blanchâtre, sèche et ne laisse pas suinter une goutte de sang.

Cette ablation, jointe à la rétraction du tissu cicatriciel qui va se développer à l'endroit où l'amputation a été pratiquée, raccourcira probablement l'utérus d'une manière suffisante pour éviter de nouveaux désordres.

En résumé, cette femme a fourni un exemple d'une affection assez fréquente, qu'on a souvent confondue avec la véritable chute de l'utérus et qui est constituée par une élongation hypertrophique de cet organe, affection qui se traduit d'abord par un sentiment de gêne dans le bas-ventre, par l'incontinence ou la rétention d'urine, et enfin par la brusque sortie du col utérin à travers la vulve. Le meilleur traitement consiste à enlever la portion sous-vaginale de la matrice à l'aide de l'anse galvano-caustique.

Dr E. Salles.

NOTES DE CLINIQUE MÉDICALE

LEÇON DE M. BUCQUOY

Hôpital Cochin

TRAITEMENT DES MALADIES DE CŒUR

M. Bucquoy divise les maladies du cœur en deux périodes : A. période de compensation,
B. période d'asystolie.

A. PREMIÈRE PÉRIODE *ou période de compensation.*

1° *Médication interne.*

Dans cette période, une fois que les lésions sont acquises, nous ne pouvons empêcher la lésion, mais on peut la compenser.

Il faut éviter les débilitants et veiller aux précautions hygiéniques : Eviter les excès, les fatigues, les veilles; ne pas faire une dépense exagérée des forces. — Eviter l'abus du café, du tabac, des liqueurs, de l'alcool. — Craindre les rhumatismes, le froid et l'humidité, — porter de la flanelle sur la peau.

Digitale. — Quand une lésion compensatrice existe, il ne faut pas donner de la digitale; mais s'il y a oppression et palpitation, on doit l'employer. Bouillaud l'a appelée *opium du cœur,* car elle calme les palpitations; Beau lui a donné le nom de *quinquina du cœur,* car elle relève les fonctions de cet organe.

Prise à dose modérée et pendant peu de temps, la digitale ralentit et régularise les battements du cœur; elle augmente la pression artérielle, ce qui rétablit les conditions normales de la circulation.

Si on donne la digitale pendant un certain temps, on amène l'asystolie, car la digitale, s'accumulant amène une action déprimante sur le cœur.

Pour les palpitations, il faut avoir recours à la teinture alcoolique dans une potion : de 0, gr. 50 à 1 gr. 50.

On la donne encore à la dose de 15, 25 ou 30 gouttes, au maximum, dans de l'eau sucrée.

Il ne faut pas employer la teinture éthérée.

Dans les cas de dyspnée et de palpitations, M. Bucquoy conseille la formule suivante:

Poudre de digitale	1 gr.
Extrait de jusquiame	2 gr.

Pour 40 pilules.

De 3 à 5 pilules par jour.

En prendre pendant huit à dix jours, quelquefois pendant quinze jours.

Il emploie le plus ordinairement la digitaline dont il existe deux variétés : la première est amorphe, la deuxième est cristallisée.

Il faut prendre :

1 à 2 granules de digitaline amorphe la première semaine.

2 à 3 granules la deuxième semaine.

Cesser la troisième semaine.

La digitaline cristallisée doit être donnée à dose moitié moindre que la précédente :

1 granule la première semaine.
2 — deuxième —
Cesser la troisième.

Employer le vin diurétique de Trousseau à la dose d'une cuillerée à bouche.

2° *Médication externe.*

Application de teinture d'iode sur le cœur. S'il y a de la douleur, mettre un vésicatoire sur le cœur.

Quand il y a des troubles cardiaques intenses avec hypertrophie considérable, appliquer la teinture d'iode, les vésicatoires, et surtout un cautère volant, qui a une action résolutive. C'est surtout dans les lésions aortiques qu'il faut l'employer : on obtient, dans ce cas, de bons résultats avec la teinture d'iode, les mouches de Milan, les vésicatoires et les cautères volants.

Dans cette même lésion, faire usage d'iodure de potassium ; car dans les affections chroniques qui ne sont pas trop anciennes, ce médicament tend à amener la résolution.

Dans les douleurs d'angine de poitrine, employer le bromure de potassium, le chloral, l'éther, le laurier-cerise et les injections de morphine.

B. DEUXIÈME PÉRIODE ou *période de cachexie.*

Dans cette deuxième période, faire usage de toniques : quinquina uni aux amers et aux ferrugineux. — Eaux minérales et hydrothérapie.

Dans l'asystolie, si le malade n'urine pas, donner de la digitale et faire usage du régime lacté. — Ce régime lacté a une action diurétique et, de plus, une action nutritive : le lait nourrit les malades sans les fatiguer.

Toutes les deux heures, mettre une cuillerée d'eau de Vichy dans un verre de lait non bouilli ou légèrement tiédi au bain-marie.

Si l'on emploie la digitale, il faut donner la macération de poudre de digitale : de 0, 40 centigr.

à 0, 75 centigr. On fait pulvériser des feuilles de digitale, puis on les fait macérer pendant la nuit, on les passe et on en donne l'eau en trois ou quatre fois dans la journée. Le troisième jour l'urine est abondante.

On suspend alors ce médicament.

Dans la dernière période : tisanes de chiendent, de queues de cerises, de pointes d'asperges, — scille et oxymel scillitique.

A la fin de la maladie, faire usage du vin diurétique de la Charité, de quinquina, de genièvre, de scille. Avec le vin de Trousseau, il ne faut pas donner d'autre digitale.

La scille doit être employée en poudre ou en pilules.

M. G. Sée donne :

Extrait de scille,	1 gramme.
Poudre de scille,	0, 50 centigrammes.

10 pilules dans la journée.

M. Bucquoy n'en donne que 5.

Chez les individus qui supportent mal la digitale, M. Bucquoy conseille l'usage de la caféine : de 0,30 à 0,60 centigrammes par jour ; on obtient ainsi des effets diurétiques très-accusés.

On prescrit encore du café, des potions alcooliques (eau-de-vie dans de l'eau), du vin de Champagne étendu d'eau. Les vins blancs sont diurétiques.

S'il y a de l'hydropisie, employer les diurétiques et les drastiques :

Poudre de scammonnée. 0,75 centigr. ou :

Eau-de-vie allemande	â â 15 à
Sirop de nerprun	20 gr.

Si la peau est très- œdématiée, faire des ponctions : il ne faut pas ouvrir la peau des malades, mais faire des ponctions avec une aiguille fine sur les parties latérales des cuisses et des jambes ; 8 ou 10 piqûres suffisent.

Contre les complications des maladies de cœur, employer les révulsifs.

S'il y a de la congestion interne du côté du foie donner des purgatifs. S'il y a de la congestion pulmonaire appliquer des révulsifs et des ventouses.

BARATOUX.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE
A LA SALPÉTRIÈRE.

Etat mental des vieillards et des mourants. (*Suite*) (1).

Comment se fait-il qu'il soit ici question du mourant? C'est qu'à l'approche de la mort il y a un état mental particulier qu'il faut connaître, à cause des services que cela peut rendre dans certaines circonstances.

C'est une étude qut m'a beaucoup préoccupé, et à une certaine époque il m'a été possible d'examiner d'une manière toute spéciale les dispositions particulières des mourants.

On peut diviser en trois groupes les différents genres de maladies qui conduisent à la mort.

1. Les affections qui laissent l'intelligence libre jusqu'à la dernière minute, en lui donnant même quelquefois une pénétration remarquable.

2. Les états pathologiques qui n'intéressent que secondairement le cerveau, mais dans lequels les facultés mentales présentent du trouble, de la confusion et de l'incertitude. Le malade a, en quelque sorte, un pied dans le camp de la raison et l'autre dans celui du délire. C'est un état mixte.

3. Les lésions de l'encéphale qui retentissent sur l'intelligence. Le mourant succombe alors sans aucune espèce de conscience.

Entrons maintenant dans le détail.

1. *Intelligence intacte.* Beaucoup de maladies se terminent en laissant l'intelligenee intacte jusqu'au dernier moment. Telle est surtout la phthisie pulmonaire. Le phthisique a le caractère très-mobile, il se fait des illusions extraordinaires sur son état ; la veille, le matin même de sa mort, il fait des projets d'avenir et bientôt après il meurt en parfaite lucidité d'esprit. Les affections du cœur, le cancer de l'estomac et de l'intestin, les hémorrhagies, la plupart des lésions chroniques, les affections des séreuses, péricardite, pleurésie, péritonite, rhumatisme articulaire aigu, moins toutefois le rhumatisme cérébral, les affections chirurgicales, etc., sont dans le même cas.

Non-seulement l'intelligence est conservée, mais il peut y avoir surélévation. On voit des mourants, trois heures avant la mort (surtout dans le cancer de l'estomac), réunir leurs parents, leurs associés, avoir comme une entrevue dernière dans laquelle ils dictent leurs dernières volontés, prévoient l'avenir avec une certaine justesse. Ils donnent alors des conseils et des indications sur les affaires, le commerce, l'utilité d'une vente, l'administration de la fortune, etc. Tout cela se passe avec une surélévation de l'intelligence qui ne manque pas de frapper l'entourage.

Il y a même quelquefois une telle surélévation que l'on est ému et subjugué par ce ton solennel et, en quelque sorte, prophétique de cet homme qui va être dérobé au monde.

Il m'a été donné de visiter un maître illustre sur son lit de mort. « Je vais faire ma prière, »

(1) Voir le *Concours Médical*, n. 21, 22 mai 1880.

nous dit-il tout d'un coup, et aussitôt il fait sa prière, non pas une prière vulgaire, mais une sorte de profession de foi philosophique, scientifique, dans un langage brillant et avec des images séduisantes. Tout se trouve dans cette confession solennelle qu'il appelait « ma prière. » On s'est demandé comment, si près de la dissolution, pouvait rester un pareil état de l'intelligence.

L'explication est difficile à donner, on peut proposer celle-ci. Quand l'état pathologique grave est déterminé par une lésion située loin du cerveau, celui-ci se trouve en quelque sorte plus libre, plus dégagé. C'est ce qui permettait cet entretien solennel et prophétique que les anciens connaissaient fort bien. C'était pour eux la situation *à demi-céleste* de l'homme qui va mourir. L'un récite des vers, un autre en improvise, et de très-beaux, qui restent à la postérité, etc.

Zimmermann est allé plus loin; il a parlé d'enfants de cinq à huit ans qui avaient eu des entretiens extraordinaires sur leur lit de mort. Un de mes camarades, médecin des environs de Paris, visitait un jour un petit enfant de sept ans, chez lequel je suis entré avec lui. Nous avons été témoins d'une conversation extraordinaire, dans laquelle il donnait des conseils à ses parents et les consolait, leur parlant comme il aurait pu le faire à dix-huit ans.

On peut donc conserver sa raison jusqu'au dernier instant. Quand, sur le théâtre, on voit des héros parler et chanter jusqu'au dernier soupir, ce n'est pas invraisemblable et ça peut être réel.

On a dit aussi que certains aliénés chroniques, plongés pendant vingt à quarante ans dans les ténèbres de la déraison, pouvaient recouvrer leur intelligence au moment de leur mort.

Brière de Boismont rapporte à ce sujet trois observations bien curieuses.

La première concerne un dément qui, après cinquante-six ans de séjour dans une maison d'aliénés, a, la veille de sa mort, demandé les siens, sa famille, réclamé les secours de la religion et surpris tout son monde par ce retour inattendu de son intelligence.

Dans la seconde, il est question d'un paralytique qui, dans les mêmes circonstances, a retrouvé la parole et des expressions sensées.

Enfin, dans la troisième, il parle d'une dame de soixante-deux ans qui, après plus de trente ans de délire mélancolique avec idées de persécutions, est redevenue lucide.

Ces observations m'avaient toujours frappé et elles me semblaient bien extraordinaires; je n'ai point vu de faits semblables à ceux de Brière de Boismont, mais j'ai eu occasion de noter chez des mourants, sinon des retours complets, du moins des périodes de clarté et de lueurs très-appréciables.

Il est mort l'année dernière, à Bicêtre, un polyglotte qui avait occupé des fonctions importantes, dans une bibliothèque, jusqu'en 1843. Il offrait un type de démence excessivement curieux. Il écrivait constamment, il produisait des volumes (voir Moreau, de Tours), dans lesquels il y a des choses extraordinaires, écrites en sanscrit, en anglais, en allemand et en français, etc. Cet homme succomba à une affection grave et douloureuse des voies urinaires. Avant de mourir, il m'a surpris par son calme, sa résignation, sa bienveillance excessive, invoquant les noms de ceux qui n'étaient plus, mais qui avaient fait quelque chose pour lui, rappelant des surveillants oubliés depuis longtemps. Il avait une petite bourse dont il a disposé, tout en pensant à ce qui était nécessaire à ses funérailles.

Ce fait très-remarquable m'a fait comprendre les observations de Brière de Boismont.

Pendant le siége, j'ai vu à Bicêtre, dans le service des varioleux, un jeune mobile breton mourir de nostalgie, bien plus que de sa variole et de sa broncho-pneumonie. C'était un gentilhomme qui, constamment, songeait à son château, son cheval, son chien, etc. ; il était dans un état de prostration mélancolique à préoccupations nostalgiques. Je lui ai procuré un grand soulagement en plaçant autour de lui des Bretons, avec lesquels il s'entretenait dans la langue du pays. J'ai cru, un moment, que cette seule prescription allait le sauver, car il redevenait plus gai.

Mais bientôt son état mental redevint très-mauvais et j'annonçai que, quoique guéri de sa variole, il allait mourir par sa nostalgie. La veille de sa mort, il désira m'entretenir. J'eus alors avec lui une conversation extraordinairement saisissante par sa surélévation intellectuelle. Il se montra reconnaissant et me fit, pour sa famille, un certain nombre de recommandations que j'ai remplies aussitôt que les circonstances me le permirent. Il est mort conscient, se rendant parfaitement compte de tout.

On a dit que la voix prenait alors un timbre particulier, comme une suavité musicale. On a peut-être enjolivé ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que le mourant, très-intelligent et très-lucide, parle d'une façon posée, claire, correcte, et avec une voix très-nette. Il faut naturellement tenir compte du milieu et de la mise en scène qui impressionnent beaucoup les assistants.

Mais il y a mourant et mourant.

L'homme qui se porte bien et qui va attenter à ses jours, dans quel état est-il ?

Le suicide est parfaitement compatible avec la conservation très-nette de l'intelligence. Le suicide n'est nullement une preuve de folie, car le suicide est souvent un acte voulu, consenti et parfaitement intelligent. Il y a des aliénés qui se suicident, il est vrai ; mais tous ceux qui se suicident ne sont pas des aliénés.

En général, l'homme qui va se suicider, laisse une dernière page dans laquelle il donne la mesure de son intelligence. Souvent c'est une lettre, quelquefois un mot à la craie ou au charbon. Cependant quelques-uns emportent leur secret dans la tombe, mais c'est rare.

En général, ces suicidés sont très-intelligents ; leurs lettres contiennent des instructions pour leurs funérailles, la prière de n'accuser personne de leur mort volontaire, la sollicitation d'un pardon pour une grande faute commise.

Il y a des secrets qui ne se trahissent que dans cette feuille de papier. Ce sont souvent des personnes, dans la vie desquelles il y a une inconnue, un *x*, et, avant de mourir, elles veulent qu'on sache qu'elles étaient indignes. Il y a des choses qui sont révélées uniquement dans cette dernière manifestation. On y trouve quelquefois des paroles bienveillantes, mais le plus souvent ce sont des déclamations philosophiques sur l'immortalité de l'âme. A Paris, il existe environ 300.000 dossiers de suicides réunis aux ministères de l'intérieur, de la justice et de la guerre ou à la préfecture de police.

Quand on a lu cette littérature posthume, on arrive à cette conclusion très-nette que le suicide est un acte voulu et délibéré, contrairement à Jourdain et à Esquiros qui prétendent, à tort, que le suicide est, par lui-même, un acte de folie.

Le hasard des événements, en même temps que des nécessités professionnelles, m'ont permis de voir, peu de temps avant leur mort, des otages, parmi lesquels se trouvaient des personnages illustres. Leur calme, leur résignation m'ont beaucoup frappé. Pendant la commune de 1871, j'ai pensé que le médecin ne devait pas abandonner ses fonctions administratives. Qu'importe que les trônes s'écroulent, qu'importe qui soit au faite du pouvoir ! J'ai accepté des fonctions aux jours de calme, je reste pendant les jours terribles. C'est à cette circonstance que j'ai dû de voir défiler des hommes qui s'attendaient à mourir le lendemain et de constater la possibilité de conserver le calme jusqu'au dernier moment de la vie. Ils ne déclamaient pas trop, n'injuriaient pas. S'il y a eu quelques défections, elles furent rares, et si j'ai vu quelques hommes se rouler, s'attendrir, j'ai noté la persistance de la raison, de l'intelligence, du courage jusqu'au moment où la vie allait être tranchée. Oui, je le répète, j'ai noté, dans ces terribles circonstances, le calme, la lucidité d'esprit et la résignation.

On a souvent essayé de discuter les actes accomplis aux derniers moments de l'existence. Ce sont des actes civils, des dispositions testamentaire diverses. Je ne puis pas étudier, cette année, les conditions de tester. Quand, dans ces circonstances, un médecin est consulté par une famille, pour décider si un mourant avait conservé l'apanage de ses facultés, qu'il se rapporte aux trois groupes établis précédemment, et qu'il décide en conséquence. Dans le premier cas, l'intelligence étant intacte, les actes consentis on voulus, ressortiront leur plein effet. Dans le second cas, leur valeur sera proportionnelle au degré de lucidité qu'il aura été possible de constater. Enfin, comme dans le troisième cas, la perte de l'intelligence est complète ces actes n'auront aucune valeur, puisqu'ils manquent d'une condition essentielle : la volonté.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

A PROPOS DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX

Monsieur et honoré confrère,

Plusieurs fois la *Chronique professionnelle* a raconté aux lecteurs du *Concours médical*, les nombreux ennuis du médecin requis pour fournir à la justice les renseignements que seul il peut donner en raison de sa profession. La modicité de l'indemnité et la difficulté de la recouvrer sont généralement les deux plus grands inconvénients de ces missions si peu recherchées que chacun les esquive autant que possible. Un magistrat déplore également cet état de choses dans un livre fort curieux, fort intéressant (1), que les médecins liront avec fruit. Après avoir rappelé l'article 25 du décret du 6 juin 1811, article en vertu duquel les visites ou rapports des médecins, chirurgiens, etc., sont payés comme à des témoins, s'ils requièrent taxe, M. Charles Desmaze ajoute :

(1) *Histoire de la médecine légale en France*, d'après les lois, registres et arrêts criminels, par Charles Desmaze, Conseiller en la cour d'Appel de Paris, etc., etc. Un vol. in-12 de 340 pages. Charpentier, éditeur. Prix : 3 fr. 50.

Ce qui domine dans cet ouvrage, ce sont les faits heureusement classés et habilement groupés de manière à en faire ressortir toute l'importance. Les détails historiques y sont fort nombreux et beaucoup des procès fameux, où l'expertise médicale a joué un certain rôle, sont exposés sobrement, mais avec des détails très-suffisants.

« Cette taxe dérisoire en notre pays, où des millions sont, chaque année, en quelques heures, votés par les chambres, est évidemment insuffisante pour notre époque. Les médecins qui font payer, à Paris, 20 francs pour une visite avec consultation, ne veulent pas se déranger pour si peu, s'exposer à passer une journée à l'audience, ou dans le cabinet du juge d'instruction, pêle-mêle avec des prévenus et des témoins. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, refusent même de délivrer, à la demande des magistrats, un rapport sur l'état d'un malade placé dans leur service, de peur d'être plus tard appelés à en soutenir les conclusions en justice. »

A ce propos, permettez-moi de vous raconter l'anecdote suivante, qui servira de *confirmatur*. Il y a quelques années un médecin de Paris, diagnostique, grâce à une paralysie des extenseurs de la main, une affection saturnine, qui jusque-là ne s'était encore manifestée par aucun symptôme caractéristique. Après examen et enquête, il croit pouvoir affirmer que le plomb provient du mauvais étamage de la batterie de cuisine de son client. Toutefois voulant faire confirmer un aussi beau diagnostic, il s'adresse à un de ses anciens maîtres. Rendez-vous est pris pour le lendemain au sortir de l'hôpital. Chemin faisant, la conversation suivante s'engage.

— Mais qu'a votre malade?

— Je vous ai déjà dit qu'à mon avis, c'est un saturnin.

— Avez-vous annoncé qu'il était empoisonné par le plomb.

— Parfaitement et j'ai même ajouté que cela devait tenir au mauvais étamage de sa batterie de cuisine.

— Dans ce cas, je dois vous prévenir que, quand bien même j'approuverais votre diagnostic, je déclarerai qu'il n'y a pas de plomb ; jamais je ne dirais que le plomb est en cause. Si la chose doit vous être désagréable, je préfère que vous appeliez un autre médecin. Car voici ce qui va se passer. Votre client attaquera son étameur en dommages-intérêts ; on nous demandera un rapport ; il faudra l'aller soutenir devant le tribunal, perdre beaucoup de temps, etc., etc. Tenez, au fait, je préfère ne pas voir votre malade.

Là dessus nos deux confrères se séparent.

Suffira-t-il de révéler une pareille situation pour la voir cesser? Qui oserait l'espérer?

II

ASSURANCES SUR LA VIE

RENSEIGNEMENTS SUR LA COMPAGNIE LA NEW-YORK.

LA NEW-YORK N'A PAS D'ACTIONNAIRES, la TOTALITÉ de ses fonds et de ses bénéfices DE TOUTE NATURE est la propriété EXCLUSIVE de ses assurés, qui SEULS forment la Compagnie.

LES AUTRES COMPAGNIES ONT DES ACTIONNAIRES. Ces actionnaires ont droit :

1° A la MOITIÉ des *bénéfices d'assurances*, c'est-à-dire des bénéfices provenant des opérations d'*assurances*;

2° A la TOTALITÉ des *bénéfices de placements*, c'est-à-dire des bénéfices provenant du *placement des fonds* DES ASSURÉS, et composés de tout ce qui excède l'intérêt de 4 pour 100.

A cet égard, voici le témoignage de M. A. de Courcy, l'éminent administrateur de la compagnie *la Générale* :

« Les bénéfices provenant des placements à un « taux supérieur à 4 pour 100, ne sont pas ceux « qui se partagent avec les assurés.....

« En voyant les beaux immeubles des compa- « gnies, en entendant parler de leurs opérations « financières, les assurés s'imaginent volontiers « qu'ils ont part à tout cela. Rien de plus erroné ; « les assurés sont absolument étrangers aux « chances de perte ou de bénéfice de toutes les « opérations financières des Compagnies.... Les « assurés ne sont pas actionnaires, ils n'ont pas « chargé la Compagnie de spéculer pour eux à la « Bourse, ni ailleurs, ni de bâtir pour eux des « maisons, ni d'acheter pour eux des terrains.....

« L'expérience a démontré que les assurés vi- « vent au delà des moyennes indiquées par les « tables de mortalité.....C'est cette différence (de « longévité) qui fait le bénéfice propre des assu- « rances sur la vie... Tel est le bénéfice dont les « Compagnie attribuent, ou, si l'on veut, resti- « tuent la moitié à leurs assurés, en ne s'appro- « priant que l'autre moitié.... »

A la NEW-YORK, il n'existe rien de pareil. Il n'y a pas dans la Compagnie le moindre antagonisme d'intérêts, puisqu'elle est formée EXCLUSIVEMENT d'assurés, seuls propriétaires de *tous ses fonds* et de *tous ses revenus*. Il n'y a pas de prélèvements à opérer au profit d'actionnaires, puisque ces actionnaires n'existent pas. Rien n'est retenu, rien n'est distrait. Les assurés ont droit à tout, parce qu'ils sont tout.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

I

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS.

Nous résumons d'après M. Dujardin-Beaumetz *(Leçons de clinique thérapeutique)* la thérapeutique générale des vomissements. Il est bien entendu, d'ailleurs, que les différentes variétés de vomissements réclament des soins spéciaux sur lesquels nous ne nous étendrons pas ici, nous bornant à quelques indications générales.

On emploie toujours, en premier lieu, les boissons glacées, les eaux gazeuses et surtout l'abstinence de tout aliment, soit solide soit liquide.

M. Dujardin-Beaumetz recommande un mélange de lait, de glace et d'eau de seltz, mélange que l'on fait prendre avec une pipette, soit de paille, soit de verre, pipette qui empêche l'action irritante locale déterminée par le contact du morceau de glace sur les lèvres.

Ensuite se présentent les potions de Rivière; puis les préparations opiacées et belladonées. Ces dernières doivent être administrées par voie hypoder-

mique. On emploie donc les injections de morphine et d'atropine.

Le chloral peut être aussi employé avec avantage, en lavement bien entendu et selon une formule que nous avons déjà donnée.

M. Gueneau de Mussy, dans les cas de vomissements persistants, se loue beaucoup de l'emploi d'emplâtres de diachylon belladoné ou non, de thériaque ou d'opium.

Voici la formule de l'emplâtre le plus généralement employé par M. Gueneau de Mussy.

Emplâtre de diachylon.	2 parties.
— de thériaque.	2 »
Extrait de belladone.	1 »

Enfin rappelons encore que lorsque les vomissements acquièrent un caractère de gravité plus grand encore, on peut avoir recours aux révulsifs simples, aux vésicatoires et même aux cautères appliqués sur l'estomac.

II

TRAITEMENT DE L'ALOPÉCIE SYPHILITIQUE

— L'alopécie, d'origine syphilitique, se montre sous la forme de plaques irrugulières, disséminées sur toute la surface de la tête et non décolorées. Cette alopéoie n'est pas permanente et les cheveux repoussent toujours au bout d'un certain temps. Toutefois il est bon de hâter la reproduction des cheveux par une thérapeutique appropriée. Dans ce but M. Besnier faisait pour un malade atteint de cette forme d'alopécie la prescription suivante : raser la tête ; — faire des frictions matin et soir avec le mélange suivant :

Baume de Fioraventi	90 grammes.
Teinture de Baumé	5 —
Teinture de cantharides	5 —

III

Du traitement de quelques affections du genou chez les enfants : hygroma, hydarthrose chronique.

Le traitement de l'hygroma, chez les enfants, si simple qu'il paraisse au premier abord, est quelquefois cependant, l'occasion de quelques mécomptes sur lesquels M. de Saint-Germain a cru devoir insister. L'emploi des émollients en général, ne donne pas de bons résultats; mais ce qu'il faut surtout éviter dans le traitement de cette affection ce sont les ponctions avec un appareil aspirateur. Après avoir fait une ponction semblable dans un hygroma, chez une petite fille de son service, M. de Saint-Germain vit survenir du gonflement, puis une inflammation intense qui gagna rapidement le genou ; il se produisit une arthrite, qui devint purulente, et l'état de l'articulation était si grave qu'on se demanda à un moment, s'il n'y aurait pas lieu d'amputer la cuisse ; cependant, sous l'influence du traitement, avec l'immobilisation, les accidents s'amendèrent peu à peu et l'enfant guérit mais avec une ankylose. Aussi dans ces cas, M. de Saint-Germain emploie-t-il toujours le procédé préconisé par Jarjavay, c'est-à-dire l'incision cruciale. Ce procédé a l'inconvénient, il est vrai, d'être douloureux ; mais on a pour y remédier, la ressource du chloroforme ; au moins n'expose-t-il à aucun danger et est-on sûr d'obtenir la guérison, au bout d'un certain temps.

L'hydarthrose, beaucoup plus fréquente chez les enfants que l'hygroma se présente dans des conditions très-différentes; mais c'est seulement à propos de l'hydarthrose chronique que M. de Saint-Germain a rappelé certains détails importants du traitement. S'il s'agit d'une hydarthrose simple, sans épaississement de la synoviale, on commencera par immobiliser le membre dans une gouttière, et on appliquera sur le genou un grand vésicatoire qu'on laissera en place huit heures seulement et qu'on remplacera, au bout de ce temps, par un cataplasme ; il ne faut pas négliger la précaution qui consiste à garantir la rotule du contact du vésicatoire, ce qui, d'une part, le rend moins douloureux, et, d'autre part, lui permet de guérir beaucoup plus vite à cause de cet îlot de peau conservé qui favorise la cicatrisation.

Si ce premier traitement ne suffit pas, on fait des applications de teinture d'iode, puis on revient aux vésicatoires à plusieurs reprises en faisant suivre leur application d'une onction avec l'onguent mercuriel. S'il s'agit d'une hydarthrose chronique simple, il est rare qu'on n'obtienne pas ainsi la guérison.

Mais si l'hydarthrose est accompagné d'épaississement de la synoviale, les vésicatoires sont sans action, et M. de Saint-Germain pratique alors toujours l'immobilisation et les cautérisations par des pointes de feu. Celles-ci doivent être appliquées en séries nombreuses sur l'articulation et pénétrer à une certaine profondeur dans la peau. Aussi doivent-elles être faites avec le fer rouge et non par d'autres moyens, tels que les crayons de fusain qu'on a préconisés dans le même but, ou encore les tringles de rideaux dont on s'est servi ponr faire sur la peau une quantité de petites mouchetures superficielles. On fait ensuite la compression sur l'articulation avec de la ouate qu'on doit resserrer chaque jour avec une bande ordinaire, il est donc important de ne pas faire cette compression au moyen d'un appareil inamovible, ainsi que cela se fait trop souvent. Dans certains cas, au lieu de ouate, on peut se servir de compresses graduées, qui placées de chaque côté de la rotule agissent directement sur la synoviale et permettent d'exercer une compression énergique. Par ces différents moyens, appliqués méthodiquement, la guérison de l'hydarthrose est toujours obtenue. L'emploi des pointes de feu qui peut effrayer, au premier abord, constitue un moyen devant lequel on ne doit pas reculer, en ayant soin de se servir du chloroforme, ainsi que le fait M. de Saint-Germain pour les opérations de ce genre extrêmement nombreuses qu'il pratique chaque semaine à sa consultation de l'hôpital.

(Journal de Méd. et de Ch. pratique).

IV

Procédé de Bardinet pour la réduction du paraphimosis. Voici en quels termes Lemaistre rend compte de ce procédé : J'étais, dit-il, près

d'un jeune homme atteint d'un paraphimosis que je ne pouvais réduire par le procédé ordinaire. Croyant qu'il fallait arriver à l'incision, je demandai Bardinet. Il procéda d'abord comme moi, mais en vain. Toutes les tentatives devenant inutiles, il demanda une épingle à cheveux, saisit le fil de fer que lui présentait la mère du patient, en rapprocha un peu plus les deux extrémités, puis enfonça la convexité de l'épingle derrière la couronne du gland, sous l'étranglement, de manière à soulever celui-ci. Il plaça une seconde épingle de la même manière, à une certaine distance et enfin une troisième un peu plus loin. Puis, ramenant le prépuce en avant, il fit la réduction avec la plus grande facilité, la peau glissant sur trois ponts, sans être arrêtée par un enfoncement.

(*J. de la Soc. de Méd. de la Haute-Vienne*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires de chirurgie, par le Dr A. Verneuil, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris* (1).

Doué d'un esprit original, à instincts curieux. M. le professeur Verneuil n'aime pas, comme il le dit fort élégamment lui-même, faire de gros livres, ni composer des œuvres de longue haleine. Il préfère disséminer ses efforts et s'atteler à l'idée neuve qui vient de lui apparaitre, à la condition toutefois de ne pas la garder quand une autre viendra lui disputer la place, sauf aussi à la reprendre plus tard, si de nouveaux faits ou de nouvelles circonstances viennent la rajeunir ou la réveiller. C'est ee qui explique pourquoi son œuvre déjà considérable était disséminé dans les actes des sociétés savantes, les recueils périodiques et les thèses de Doctorat. C'est pour se reconnaître au milieu de ces matériaux que M. le professeur Verneuil a voulu en dresser, en quelque sorte, l'inventaire, en les faisant reparaître avec notes, additions ou corrections dans de gros volumes qu'il intitule : *Mémoires de chirurgie*. Deux ont déjà paru : le premier en 1877. Il est uniquement consacré à la *chirurgie réparatrice*, titre qui comprend les opérations les plus variées qu'un grand chirurgien puisse exécuter. Le second volume qui vient de paraître contient : *Amputations, doctrine septicémique et pansements antiseptiques*. On y trouvera également beaucoup de documents relatifs à l'hygiène hospitalière, à la statistique opératoire, à la pyohémie, aux pansements, etc. « En effet, les opérations chirurgicales ne sauraient être utilement pratiquées, dit l'éminent chirurgien, sans une connaissance approfondie des accidents qu'elles engendrent, des chances bonnes ou mauvaises qu'elles entraînent et enfin des moyens à l'aide desquels on peut assurer le succès et conjurer les revers : ce qui revient à dire qu'on doit commencer l'étude des opérations par leur pronostic et leur traitement local et général. »

On sait, du reste, que personne ne s'est plus préoccupé que M. Verneuil, de l'influence des diverses diathèses sur la marche des traumatismes et de la recherche des causes de la mort à la suite des opérations. Il a créé pour cela un mot nouveau : la *Thanatogénie chirurgicale*, sur laquelle il nous promet un grand travail d'ensemble, à qui l'on peut prédire d'avance un accueil extrêmement favorable.

M. Verneuil a également puisé dans les thèses qu'il a inspirées à ses nombreux élèves ; ceux-ci ont assez contribué à établir et à agrandir sa réputation pour qu'il ne l'oublie pas dans certaines circonstances et qu'il n'adopte pas cette conduite chirurgicale, que veulent introniser certains opérateurs, et qui consiste à imposer ses aides, même au détriment du médecin ordinaire qui a réclamé le secours de ses lumières.

Tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie et qui suivent avec attention les péripéties de la phase qu'elle traverse en ce moment, sauront gré à M. le professeur Verneuil d'avoir entrepris cette tâche importante, destinée à perpétuer son œuvre et son enseignement.

Dr A. B.

(1) Paraît par volumes in-8. Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

CHRONIQUE

Conséquences du froid à la tête. Au meeting annuel de la Société médicale des Etats de New-York, le Dr Joose Roosa a donné communication d'un rapport fort intéressant sur les conséquences fâcheuses du froid à la tête. Une grande partie des maladies jugées incurables, les conjonctivites chroniques et les maladies des yeux ne sont dues en grande partie qu'à un coryza négligé ou mal soigné. Les enfants de faible constitution sont particulièrement sujets à cette affection : livrés aux soins de divers médecins, ils ne sont pas tous traités de la même manière, par les mêmes procédés, et les membranes muqueuses s'en ressentent. Les enfants ne veulent pas être réprimandés; plus tard, ils regrettent les dangereuses conséquences de leur mauvaise tête, et se repentent de n'avoir pas voulu soigner et guérir le froid à la tête.

Les moyens les plus communs pour éviter le coryza sont le séjour dans des chambres bien chauffées et l'usage de diaphorétiques toniques, douches locales, bains, narcotiques, etc. Le moyen général pour éviter ces inconvénients est un soin particulier et constant de la santé en général, avec alimentation forcée et choisie, sans perdre de vue ce principe : « que l'hygiène individuelle est indispensable et inséparable de la médecine, et que les infractions aux préceptes qu'elle donne sont aussi dangereuses pour la santé publique que les épidémies. » (*Journal d'hygiène*).

Nous souhaitons la bienvenue au *Nouveau Journal médical*, dirigé par notre confrère le Dr L. Girerd.

Une commission est instituée pour étudier les questions relatives : 1. à la décoration des écoles, au moyen de tableaux, peintures, cartes, dessins; 2. à la constitution de petites collections artis-

tiques destinées à être données en récompenses aux enfants des écoles. Parmi les membres de cette commission, nous remarquons, outre quelques hauts fonctionnaires du ministère, MM. Charles Bigot, Charton, Guillaume, Henry Martin, Paul Mantz, G. Monod, Antonin Proust.

On se propose de créer de *petits musées scolaires* ouverts au public, où trouvaient place les objets pouvant servir à inaugurer une sorte de premier enseignement artistique tout à fait populaire et purement intuitif.

On songe également à réformer l'imagerie scolaire et enfantine, en substituant aux grossières enluminures, aux images niaises, aux bons points et aux accessits en papier gaufré, une ou plusieurs séries de récompenses consistant en bonnes gravures de grandeurs différentes ; les plus enviées seraient des reproductions par la chalcographie de quelques chefs-d'œuvre du Louvre. Notre histoire pourrait être presque tout entière illustrée de la sorte.

Ces idées et ces projets sont exposés dans un excellent rapport de M. Buisson au ministres.

—

Dans le journal l'*Hygiène pour tous*, je trouve cette singulière éphéméride, dont je ne conteste pas l'exactitude, mais dont je voudrais bien connaître la source :

« *6 mai 1821*. — Le docteur Antomarchi, assisté de M. Thomas Carswell, procède à l'autopsie de Napoléon Ier, à Longwood. La nuit les surprend et l'opération est interrompue. Quand elle est reprise, nos médecins constatent que le cœur de l'Empereur a été mangé par les rats; ils le remplacent par un viscère extrait du thorax d'un doux animal bêlant. Et voilà comment il se fait, que, depuis 1840, un cœur de mouton repose sous le dôme des Invalides, dans la poitrine du vainqueur d'Austerlitz. »

Voici le sommaire de la *Nouvelle Revue* qui a paru le 1er juin 1880 :

La guerre russo-turque d'après les documents inédits, par***.

Orphée aux enfers, par M. Elie Reclus.

La gendarmerie, son histoire et son rôle ; les inconvénients du régime mixte, par M. Ernest Leblanc.

Le charmeur (deuxième partie), par M. Marc-Monnier.

Tableaux algériens : — Une razzia dans le Djebel-Nador (1864), par M. Gustave Guillaumet.

Médaillons contemporains : Sully-Prudhomme, par M. André Lemoyne.

Le potier de Tanagra, par Mme Henry Gréville.

L'idéal (poésie), par M. Jean Aicard.

Le Salon de 1880, par X...

Revue du théâtre : Musique, par N. Louis Gallet.

Lettres sur la politique extérieure.

Chronique politique.

Journal de la quinzaine.

Bulletin bibliographique.

CHEMIN DE FER DU NORD

Voyages circulaires à prix réduits. Billets valables pour un mois délivrés du 1er Juin au 30 Septembre avec facilité de s'arrêter aux principaux points de parcours, soit en France, soit à l'étranger. Voyages en Belgique, première classe, 91 fr. 15, — deuxième classe, 68 fr. 55. On délivre des billets pour ce voyage à Paris, à la gare du Nord, et dans les départements aux gares de Lille, d'Amiens, Rouen, Douai et Saint-Quentin, chaque billet donne droit au transport gratuit de 25 kil. de bagages sur tout le parcours. — Services directs entre Paris et Londres : 1° Par Calais et Douvres. Deux départs par jour à heures fixes. Traversée maritime en 1 h. 3/4, par un nouveau paquebot à double coque. 2° Par Boulogne et Folkestone. Trains spéciaux à heures variables en correspondance avec les heures de marée. Traversée maritime en 2 heures. Billets d'aller et retour valables pour un mois, soit par Calais, soit par Boulogne, 1re classe, 118 fr. 75. — 2e classe, 93 fr. 75. — Saison des bains de mer, billets d'aller et retour valables pendant 10 jours, prix, en première classe, au départ de Paris, pour Boulogne, 37 fr. 40; Berck (Verton), 33 fr.; Le Crotoy (Rue), 29 fr. 40; Saint-Valéry, 28 fr. 60; Le Tréport par Abancourt ou Longpré, 33 fr. 20; Calais, 44 fr.; Dunkerque, 45 fr. 10; Service spécial pour le Tréport, Saint-Valéry et Boulogne (1re et 2e classe). Tous les samedis à partir du 17 juillet : départ de Paris à 6 h. 10 du soir. Tous les lundis à partir du 19 juillet : départ du Tréport à 6 h. 30 du matin; de Saint-Valéry, à 7 h. 15 du matin, et de Boulogne, à 6 h. 10 du matin. — Arrivée à Paris à 11 h. 15 du matin. — Paris à Compiègne, de Juin à Septembre inclus, tous les dimanches (train de plaisir), prix des places (aller et retour compris) : 1re classe, 10 fr.; 2e classe, 8 fr.; 3e classe, 6 fr. Départ de Paris, 9 h. 10 du matin. — Retour de Compiègne, 10 h. 10 du soir. Visite au château de Compiègne et aux musées Cambodgien et Gallo-Romain. Voitures spéciales pour Pierrefonds : 3 fr. (aller et retour).

CLIENTÈLES MÉDICALES

Nous engageons les jeunes médecins à la recherche d'une clientèle à s'adresser au Président de l'*Association médicale* de Loir-et-Cher. Ils obtiendront immédiatement tous les renseignements devant les intéresser.

—

A céder à un docteur, dans une petite ville du Nord, de 5.000 habitants, une bonne clientèle médicale susceptible d'augmentation. Rapport de 6 à 8.000 fr.

Prix à fixer. Grande espérance de remplacer le cédant comme médecin de l'hospice.

S'adresser au bureau du journal sous les initiales J. M. J.

—

CLIENTELE MEDICALE à céder, à 5 h. de Paris; produit 12,000 fr. fixe 200 fr. Ch. de fer qui dessert les communes du rayon ; pays très-agréable.

S'adresser au bureau du journal.

CORRESPONDANCE

— Dr R., 832 (Haute-Garonne).
Vous dites : « *La Compagnie d'assurances-vie, pour faciliter le versement de la prime, ne pourrait-elle accepter le versement par douzièmes?* » On nous répond que ce serait trop long, trop minutieux, et trop *dispendieux* surtout. La caisse de prévoyance pourrait, peut-être, mais plus tard, avec des garanties et à titre tout-à-fait *exceptionnel*, accorder cette facilité. Vous remarquerez d'ailleurs, que, pour un versement de prime, l'assuré doit être en mesure d'effectuer ses versements avec certitude. Nous savons qu'il en est peu, parmi nous, qui n'aient quelque revenu fixe, sur lequel ils puissent compter. Quel meilleur emploi peut-on en faire que de le consacrer à l'assurance et surtout dans les conditions si exceptionnelles que nous présentons?

— Dr T., 944 (Loire-Inférieure).
La New-York a dû vous répondre, qu'en versant : 1o un capital de 4,000 fr.; 2o une prime annuelle de 298 fr. pendant vingt ans, vous aurez, à cette date, une rente viagère de 2,400 fr. et que, si vous veniez à succomber durant les vingt années, les vôtres toucheraient 6,000 francs.

— Dr J., à H. (Var), 21 mai.
La New-York a dû vous écrire que votre combinaison, de faire servir les intérêts de votre créance à une assurance à votre profit, était très-faisable et vous réclamer des renseignements complémentaires.

— Dr B., 92 (Seine-et-Oise).
Inscrit le Dr M. Vous dites : « *Les syndicats sont inutiles aux confrères loyaux; ils sont illusoires pour les indélicats.* » Les syndicats ne sont pas des conseils de discipline. Vous voyez, par la lecture de la chronique professionnelle, qu'ils ne touchent qu'incidemment à cette question et, en ce qui vous concerne, peuvent résoudre heureusement la question des sociétés de secours mutuels, dont votre brochure fait si bien ressortir les écueils.

— Dr B., à G. (Creuse), 24 mai.
Ce sera fait à la première vacance. La New-York a dû rectifier votre interprétation et vous dire, en outre, qu'on ne pratique l'assurance mixte que par périodes indivisibles de cinq années. Vous avez pu vous convaincre que les résultats que vous obtiendrez, seront bien supérieurs à ceux que peut vous procurer la Compagnie dont vous parlez.

— Dr G., à G. (Vosges), 24 mai.
On donnera l'indication désirée. Nous vous félicitons de votre preuve de concours et vous prions de ne pas négliger ses autres formes.

— Dr C., à F. (Meurthe-et-Moselle), 24 mai.
Merci de la rectification et inscrit le Dr C.

— Dr H., 503 (Orne), 24 mai.
Très-intéressante lettre. Nous connaissions cette publication et savions bien qu'elle n'avait pas de portée. La New-York a dû vous envoyer tous les documents. Nous comptons sur vous, pour nous dire quelles sont les objections auxquelles il n'aurait pas été répondu suffisamment.

— Dr P., 760, à E., 24 mai.
Merci de l'avis. Prière de nous renvoyer le numéro 18 dont nous n'avons plus qu'un très-petit nombre, si vous l'avez en double.

— Dr R., à N. (Haute-Marne), 25 mai.
M. D. a dû vous répondre que vous aviez droit à une réduction de 15 p. 0/0. L'étude réclamée sera publiée dans le courant de l'été.

— Dr G. (Rhône).
Nous partageons tous vos sentiments, si spirituellement exprimés. Nous voudrions bien avoir le prospectus détaillé de cette exploitation nouvelle de notre profession. Heureusement que nous commençons à nous défier et nous défendre.

— Dr S., 917 (Ille-et-Vilaine), 25 mai.
Inscrit le Dr M. Prière de réclamer sa collaboration.

— Dr F., à C. (Haute-Garonne), 26 mai.
Veuillez demander tous les renseignements à la New-York. Vous les recevrez très-explicites.

— Dr M., à A. (Nord), 26 mai.
A notre grand regret, le remplacement était déjà fait, selon l'ordre d'inscription, lors de la réception de votre lettre.

— Dr D., à D. (Côte-d'Or), 26 mai.
Cette question a été déjà examinée sans résultat par le comité. On la représentera.

— Dr S., 892. Dr D., 991. Dr D., à L. (Aisne).
Fait les abonnements.

— Dr F., à T.-B. (Charente-Inférieure).
Vous ne devez rien pour 1880. On peut vous adresser 1879 à 7 fr. 50 cent.

— Dr P., 813 (Nord).
L'insertion est gratuite pour les adhérents. C'est le concours collectif en échange du concours individuel.

— Dr M., 654 (Corse), 27 mai.
En droit, c'est celui qui reçoit la consultation, qui est redevable à celui qui la donne. En fait, il nous semble préférable de ne jamais recourir à la justice et se contenter de signaler le procédé aux confrères.

— Dr B.-D., 44 (Gironde), 27 mai.
Votre travail sera le bien venu. Le sujet est pratique. Merci de votre assistance. Inscrit le Dr C.

— Dr... Rue Raymond IV (Haute-Garonne), 28 mai.
Présenté par M. le Dr F., vous êtes le bien-venu. Mais votre signature est un peu difficile à déchiffrer et nous vous prions de la donner à nouveau, pour vous inscrire.

— Dr O., à A. (Var), 29 mai.
Vous êtes inscrit. 0.25 par numéro, si cela vous convient. Oui, cette habitude ne peut se prendre que d'accord. Les syndicats le permettraient, dans une mesure.

Liste des médecins consultants aux diverses stations thermales.

Dr **Chabory**, au Mont-Dore. Puy-de-Dôme.
Dr **Moinet**, à Cauterets, Hautes-Pyrénées.
Dr **Caubassedes**, inspecteur à Cauvalat (sulfurées sodiques) près le Vigan, Gard.
Dr **Breton**, au Mont-Dore.
Dr **Noir**, de Brioude, consultant à la Bourboule.
Dr **Evrard d'Orsennes**, à la Bourboule.
Dr **Dubooreau**, à Cauterets.
Dr **Grelletty**, à Vichy, Allier.
Dr **Barry**, villa Murat à Royat, Puy-de-Dôme.
Dr **Grenelle**, directeur de l'établissement hydrothérapique à Gérardmer, Vosges.
Dr **Dumas-Aubergier**, médecin inspecteur à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.
Dr **Fraiche**, médecin consultant à Aulus, Ariége.
Dr **Debout d'Estrée**, médecin inspecteur à Contrexéville, Vosges.
Dr **Bibart**, médecin consultant à Enghien, Seine-et-Oise.
Dr **Souligoux**, médecin consultant à Vichy, Allier.
Dr **Bertrand**, inspecteur à Sail-sous-Cauzan, Loire.
Dr **Lambron**, à Luchon, Haute-Garonne.
Dr **Bougard**, à Bourbonne-les-Bains, Haute-Marne.
Dr **Décujis**, directeur de l'établissement hydrothérapique à Bessé-sur-Yssale, Var.
Dr **Salmon**, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.
Dr **Poché**, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.
Dr **Odin**, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains, Nièvre.
Dr **Joubert**, médecin inspecteur à Gréaulx, Basses-Alpes.
Dr **Cazenave de la Roche** aux Eaux-Bonnes, Basses-Pyrénées. *(A suivre).*

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 24 12 juin 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

La question de l'allaitement artificiel, on se le rappelle sans doute, avait été mise au concours par la commission permanente de l'hygiène de l'enfance à l'Académie de médecine.

M. de Villiers, rapporteur de cette commission, a donné, mardi dernier, l'analyse d'un certain nombre de travaux adressés à l'Académie sur ce sujet. Aujourd'hui il nous suffira de publier les conclusions de ce rapport.

1° L'allaitement artificiel doit être pratiqué chez soi par la mère, ou sous ses yeux, et sous sa surveillance immédiate.

2° Lorsqu'on est contraint d'élever l'enfant par ce procédé, loin du toit maternel, il ne faut le confier qu'à une femme consciencieuse, soigneuse, expérimentée, et ayant facilement à sa disposition du lait de bonne qualité.

3° L'allaitement mixte constitue une excellente pratique, qui acclimate l'enfant à l'allaitement artificiel.

4° L'allaitement artificiel pratiqué dans de bonnes conditions, chez les enfants robustes issus de parents sains, donne, chez soi, et surtout à la campagne, des résultats excellents, et certainement supérieurs à l'allaitement au sein par des nourrices habitant leur pays, vivant avec leurs maris, et médiocrement rétribuées.

5° L'allaitement artificiel, pratiqué loin de la surveillance de la famille, donne des résultats inférieurs à l'allaitement au sein pratiqué dans les mêmes conditions.

6° L'allaitement artificiel, pratiqué dans une agglomération d'enfants, fait certainement courir à ces enfants les plus grands dangers, et entraîne le plus souvent la mort, quelles que soient les précautions prises et les mesures hygiéniques adoptées.

M. Jules Guérin s'est borné à féliciter le rapporteur de la manière impartiale dont il a traité la question de l'allaitement artificiel ; il voit là un indice du progrès qui s'est effectué dans les idées depuis quelque temps sur cette importante question, sur laquelle nous reviendrons encore, parce qu'elle est d'une importance capitale au point de vue de l'avenir même du pays. Il s'agit de savoir si on laissera plus longtemps, abandonnés de la science, les malheureux enfants qui sont nés dans une condition telle que l'allaitement mercenaire et l'allaitement maternel soient irréalisables.

— M. Rambosson a lu un intéressant mémoire sur *la propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux,* tels que le bâillement, les affections épileptiformes, les tics nerveux divers, la terreur panique, certaines folies, etc., etc.

Il explique cette propagation à distance, en faisant remarquer que le mouvement cérébral et psychique, qui donne naissance à l'affection ou au phénomène, va se reproduire dans le cerveau des spectateurs par l'intermédiaire des ondes sonores et des ondes lumineuses. Il suit ce mouvement dans toutes ses allures et dans toutes ses transformations, pour démontrer qu'il ne se dénature pas, et qu'il doit reproduire les mêmes effets ou des effets analogues dès qu'il arrive dans un même milieu, ou dans des milieux analogues.

Une enquête des plus complètes lui a démontré

que cette propagation peut se faire par la vue et l'ouïe agissant simultanément, ou par la vue seulement, ou par l'ouïe seulement; c'est-à-dire par l'intermédiaire des ondes sonores et des ondes lumineuses agissant simultanément ou séparément.

Il cite des faits qui font voir l'influence de la répétition sur la propagation des affections et des phénomènes nerveux qui nous occupent; il fait voir également combien la simulation de ces affections et de ces phénomènes augmente les prédispositions à leur égard.

D'un autre côté, en partant du mouvement cérébral comme expression directe des facultés instinctives et intellectuelles, en un mot, comme expression de l'état psychique, et se basant sur la propagation à distance dont nous venons de parler, il arrive à la solution d'importants problèmes, tels que la compréhension spontanée du langage naturel, la différence essentielle qu'il y a entre ce langage et le langage conventionnel, etc., etc. Mais il en fait une application toute spéciale à la musique; il fait voir quelle doit être son influence sur le physique et sur le moral, sur le système nerveux en général; influence qu'il avait déjà établie par l'étude directe des faits dans une communication à l'Académie de médecine du 31 octobre 1876. Il arrive ainsi aux mêmes résultats par deux voies différentes qui se confirment l'une l'autre.

M. Rambosson fait remarquer que le mouvement qui préside à la propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux semblerait de prime-abord devoir produire un résultat fatal; mais il est facile de voir que la liberté morale de l'homme est ici en parfaite évidence, car l'homme, par une volonté énergique, peut résister complètement, ou plus ou moins, suivant les circonstances, à l'impulsion que le mouvement, transmis et transformé, imprime à ses organes. C'est ce qui fait que les procédés d'intimidation sont quelquefois excellents dans les épidémies de ce genre d'affections ou de phénomènes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA CHARITÉ

LEÇON DE M. GOSSELIN

Rein flottant.

Au n° 4 de la salle des femmes, se trouve une malade âgée de trente-sept ans, qui, depuis cinq mois, ressent, dans le ventre et particulièrement du côté droit, des douleurs s'atténuant dans la position horizontale, varient d'intensité selon les époques, mais qui s'accentuent régulièrement à l'approche des règles. Elle présente, en outre, les phénomènes qui accompagnent l'anémie: pâleur du visage et des muqueuses, troubles gastriques, etc. D'ailleurs, elle n'a jamais été malade; mais elle a perdu considérablement de son embonpoint depuis quelque temps.

En présence de ces symptômes, M. Gosselin s'est demandé quelle pouvait bien être la cause de ces douleurs et de l'anémie qui paraît en résulter. Il a palpé méthodiquement le ventre, et il a trouvé du côté droit, au point de jonction de l'hypochondre avec la région lombaire, une tuméfaction dure, égale, uniforme, sans bosselures, s'accompagnant d'une légère rénittence, assez difficile à sentir. La tumeur, qu'il n'est pas bien aisé de circonscrire, semble occuper un espace qui, pour le moins, a 12 centim. de diamètre. Il existe de la douleur à la pression, mais elle n'est pas bien accentuée. Quant au siége de la lésion, il semble assez difficile à préciser. Disons toutefois, qu'on rencontre des signes qui permettent de la localiser dans la cavité abdominale. En effet, la tumeur est sentie trop profondément pour qu'on songe à la placer dans l'épaisseur des parois du ventre. Elle est très-mobile, en avant, en arrière, sur les côtés; elle se déplace lorsqu'on fait coucher la malade sur le flanc, et semble tomber vers les parties déclives.

Si l'on n'est pas bien fixé, d'abord, sur la nature de cette tuméfaction, il est beaucoup plus aisé de dire ce qu'elle n'est pas. Elle n'appartient pas au foie, parce qu'elle est trop mobile et parce qu'elle se trouve trop bas. D'ailleurs, à la percussion, la matité hépatique se délimite très-bien et ne présente rien d'anormal. La tumeur ne siége pas non plus dans l'intestin ou le mesintère, car elle ne présenterait pas cette mobilité, et ne pourrait y être constituée que par une dégénérescence carcinomateuse. Or un cancer, de ce volume, aurait, depuis longtemps, provoqué d'autres symptômes et particulièrement la cachexie. Il n'y a guère qu'un genre de lésions qui puisse présenter quelques-uns des caractères que nous avons constatés, et qui, par conséquent, rendent maintes fois le diagnostic difficile; ce sont les tumeurs de la vésicule biliaire. On trouve alors, en effet, une tuméfaction arrondie avec une sensation de rénittence; mais il n'y a pas la mobilité que nous avons ici. Ce n'est pas non plus le même siége; car la

vésicule biliaire doit être cherchée au niveau du rebord des fausses-côtes.

On est donc conduit à admettre, par exclusion, un *rein mobile* ou *rein flottant*. Il ne faut pas croire qu'on puisse toujours le diagnostiquer aussi facilement d'une tumeur de la vésicule biliaire; car le rein peut n'être pas descendu aussi bas que chez notre malade. On s'est appuyé, pour les différencier, sur l'ictère qui accompagne assez souvent la stase de la bile dans la vésicule. M. Gosselin se rappelle avoir déjà vu une femme, chez laquelle on avait cru d'abord à un rein flottant, et qui, plus tard présenta de l'ictère; ce qui fit naître tout naturellement des soupçons au sujet du premier diagnostic. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas à hésiter ici. Notre malade n'a jamais eu la jaunisse; elle a une tumeur indépendante du foie et évidemment placée sur un plan inférieur. Cette tumeur est constituée par le rein.

Mais on peut se poser une double question. Le rein droit est-il atteint d'une lésion qui donne lieu à ces phénomènes, tout en restant dans sa position normale? Ou bien a-t-il réellement quitté ses attaches? Si l'on admettait la première hypothèse, il ne faudrait songer qu'à une hydronéphrose ou au cancer. Or, notre femme n'a pas eu de coliques néphrétiques; elle n'a pas de cancer de l'utérus, qui parfois comprime les voies urinaires. D'ailleurs l'hydronéphrose donne une sensation de fluctuation que nous n'avons pas ici. Ce n'est pas non plus un cancer du rein, car il n'y a jamais eu d'hématurie, et nous ne trouvons pas les signes de la cachexie qu'une si grosse tumeur de ce genre eût infailliblement amenée.

On pourrait mentionner une espèce d'affections rénales, très-rares il est vrai, que l'on désigne sous le nom de reins polykystiques; il ne faut pas y songer dans le cas qui nous occupe à cause de la mobilité de la tumeur et de sa surface qui paraît partout égale et unie. Nous pouvons donc conclure, avec de très-grandes chances de certitude, à un rein mobile.

Rayer, le premier, a décrit cette maladie: depuis on a publié de nombreux travaux sur ce sujet. Les plus importants sont ceux de Bocquet et de Guéneau de Mussy en 1867. Mais qu'est-ce qu'un rein mobile?

On sait que les reins, reposant sur le carré des lombes et l'origine du psoas en arrière, séparés des parois abdominales par les intestins, sont appendus au système vasculaire par l'artère et la veine rénales. Le tissu cellulo-adipeux, qui constitue leur atmosphère celluleuse et le péritoine qui les applique contre le carré des lombes, constituent avec les vaisseaux, leur seul moyen de contention, qui, à la vérité, est fort peu puissant. Que le chaton adipeux vienne à diminuer considérablement ou à disparaître, à la suite d'un amaigrissement général, par exemple, les attaches du rein peuvent être insuffisantes, et il descendra dans la cavité abdominale.

Il reste maintenant deux choses à expliquer: le volume du rein et les douleurs.

Le rein est évidemment plus gros qu'à l'état normal. Faut-il admettre, avec Bocquet, que cet organe, au moment où s'effectue la fluxion cataméniale, s'associe à la congestion des organes génitaux et se tuméfie en même temps? La malade nous a dit d'elle-même, et avant d'être interrogée à ce sujet, que ses douleurs augmentaient à l'époque des règles. Au reste, c'est là un fait assez fréquent chez ce genre de malades. Il ne répugne donc pas d'admettre, d'après ces faits, la coïncidence d'une congestion rénale périodique. Sous l'influence de ces hyperhémies, et par suite d'une résolution toujours incomplète, le rein se sera hypertrophié. Il pourrait, cependant, y avoir autre chose, car l'urine contient beaucoup de mucus, dont l'origine ne semble pas devoir être attribuée à une lésion de la vessie, mais il ne faut rien affirmer à ce sujet.

La question des douleurs est plus difficile à résoudre et l'on est loin d'être d'accord sur leur mode de production. Le rein, venant au contact des parois abdominales, il pourrait y avoir des tiraillements de péritoine. D'après Guéneau de Mussy, les cas de ce genre s'accompagneraient de péritonites limitées à de très-petits espaces et donnant lieu à des adhérences partielles. Le tiraillement de ces petites brides occasionnerait de la douleur pendant la marche et parfois aux moindres secousses. Ces souffrances pourraient encore s'expliquer par le tiraillement des nerfs, accompagnant les vaisseaux, qui se rendent au hile du rein.

Notre malade éprouve de la douleur, non-seulement au niveau de la tumeur, mais encore à la cuisse, aux derniers espaces intercostaux; elle a cette névralgie iléo-lombaire, sur laquelle Guéneau de Mussy a insisté, et qui accompagne si souvent les affections des organes génito-urinaires. C'est le phénomène le plus pénible et le plus rebelle du rein flottant.

Les indications du traitement se résument ainsi: diminuer les souffrances actuelles, et chercher, autant que possible, à en empêcher le retour.

Nous avons affaire à une domestique qui a beaucoup travaillé, et, par conséquent, beaucoup fatigué. La première indication consiste donc à lui prescrire le repos. Pour empêcher la douleur de se reproduire, on aura recours à deux moyens prin-

cipaux. La femme portera désormais une ceinture hypogastrique, de façon à diminuer les mouvements des viscères. Contre la congestion du rein on emploiera l'hydrothérapie sous forme de douches froides.

Accidents secondaires de la syphilis et épididymite blennorrhagique.

Dans la salle Sainte-Vierge, nous avons un jeune homme de vingt-quatre ans, qui offre un exemple remarquable de la coïncidence de deux maladies dont certains symptômes peuvent parfois donner lieu à des méprises. Ce que l'on remarque au premier abord, c'est une augmentation notable du volume du testicule droit, accompagnée d'une épididymite intense, du gonflement du tissu cellulaire sous-cutané, et de la rougeur du scrotum. Notre malade a une épididymite douloureuse et probablement un peu de vaginalite, mais l'œdème du dartos empêche de s'en assurer. Il a été affecté, il y a peu de temps, d'une blennorrhagie aiguë ; on est donc naturellement conduit à penser à une affection liée à la lésion uréthrale.

Aujourd'hui cependant, si l'on presse le méat urinaire, on ne fait pas sourdre de pus. On sait que, lorsqu'une orchite survient dans le cours d'une blennorrhagie, l'écoulement diminue presque toujours sans disparaître d'une façon complète, et que l'on peut obtenir, en pressant l'urèthre, une goutte de muco-pus qui atteste l'inflammation de ce canal. Chez notre jeune homme, nous ne constatons absolument rien.

Lorqu'on ne découvre pas de trace de syphilis, il faut, dans ces circonstances, admettre sans hésiter une lésion se rattachant à la blennorrhagie. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui a eu déjà des accidents syphilitiques, le diagnostic n'est pas toujours facile. Dans le cas particulier qui nous occupe, malgré la coïncidence de symptômes se rattachant à la vérole, nous admettrons une épididymite blennorrhagique.

Ce jeune homme présente sur les cuisses, le ventre, la poitrine et le dos, des taches cuivrées ne s'effaçant pas à la pression, survenues sans autre accident appréciable. Elles ne produisent ni douleurs ni démangeaisons.

Sur le côté droit du prépuce, on remarque une induration qu'on peut regarder comme les vestiges d'un chancre antérieur; aux aines il y a de l'adénopathie indolente; les ganglions cervicaux postérieurs et supérieurs sont engorgés. Ces signes suffisent pour établir qu'on a sous les yeux une manifestation des accidents secondaires de la syphilis. Aussi, comme on ne trouve pas de traces de l'uréthrite, l'idée d'un sarcocèle syphilitique pourait facilement venir à l'esprit de l'observateur. Il ne faut pourtant pas y songer ici; le sarcocèle, en effet, loin d'être un accident précoce, n'apparaît d'habitude qu'à la période tertiaire. D'ailleurs il ne s'installe pas de cette façon; il survient lentement, sans réaction fébrile, sans accidents aigus. Retenons toutefois, qu'il est des cas dans lesquels on est très-embarrassé pour le diagnostic. Ainsi, par exemple, lorsqu'il s'agira d'un homme qui aura eu un chancre syphilitique un an ou deux avant; qui, depuis cette époque, aura été atteint d'une blennorrhagie dont on ne constatera pas de traces, il sera difficile alors de se prononcer sans hésitation entre un sarcocèle et une épididymite blennorrhagique, surtout si les accidents n'ont pas été bien aigus.

Arthrite traumatique survenue dans le cours d'une blennorrhagie.

Le malade, couché au n° 38 de la même salle, présente aussi un exemple remarquable de deux genres de lésions qui, tantôt, sont subordonnéees l'une à l'autre, et, tantôt, sont complètement indépendantes.

Cet homme, âgé de cinquante-cinq ans, avait une uréthrite ancienne, entrée dans une phase de recrudescence depuis quinze jours ou trois semaines environ, lorsque le 19 mai, il reçoit un violent coup de pied de cheval au niveau du creux poplité gauche et un peu sur la partie latérale interne du genou. Immédiatement l'articulation augmente de volume, le malade éprouve de violentes douleurs et il entre à l'hôpital le lendemain de son accident. La tuméfaction du genou n'a pas diminué; on remarque de la fluctuation et une ecchymose assez étendue. Les douleurs, spontanément très-vives, s'exagèrent par la pression. L'ecchymose, et le fait de l'arthrite qui s'est développée à la suite d'une contusion, doivent faire admettre une lésion d'origine traumatique. Cependant un coup porté à la partie postérienre de l'articulation du genou, ne donne pas habituellement une arthrite avec des douleurs si vive et et un épanchement si abondant. Il pourrait donc se faire qu'il y eût quelque chose à mettre sur le compte de la blennorrhagie. Pour lever complètement tous les doutes, M. Gosselin fait une ponction aspiratrice à l'aide de l'appareil de M. Potain. Il obtient ainsi une certaine quantité de sang presque pur, contenant très-peu de leucocytes, ce qui ne semble pas indiquer un travail inflammatoire. Il fallait donc admettre une arthrite, essentiellement traumatique, avec un épanchement sanguin abondant. Il serait plus difficile de savoir au juste, quelle a été la partie de l'articulation qui a été déchirée. Est-ce la synoviale? le ligament latéral interne ? Y a-t-il eu une rupture des ligaments croisés ?

Quoi qu'il en soit, on est en présence d'une arthrite traumatique, s'accompagnant de douleurs, chaleur et gonflement. Dans les cas ordinaires, la synovite, après la ponction, et la compression au moyen d'une bande roulée, pourrait très-bien ne pas dépasser la période congestive. Ici, l'âge du malade et la coïncidence de la blennorrhagie sont des conditions qui aggravent un peu le pronostic. Des matériaux plastiques pourraient se déposer dans l'articulation, et malgré qu'ils pussent à la rigueur être résorbés, il est probable que chez notre malade on n'obtiendra la guérison qu'au prix d'une ankylose. Dr E. SALLES.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LE CHARBON (1).

PRONOSTIC. — DIAGNOSTIC. — PATHOLOGIE COMPARÉE. — PROPHYLAXIE.

Le *Pronostic* des affections charbonneuses est toujours sérieux; il varie du reste avec les formes et les stades observés.

La guérison de la pustule maligne est la règle, dans les premiers stades, et le pronostic ne peut devenir grave qu'en raison du siége de la pustule et des désordres immédiats ou lointains que peut provoquer l'intervention chirurgicale. Mais lorsque les symptômes propres à l'infection générale apparaissent, le pronostic est toujours très-grave.

La même gravité se retrouve dans l'œdème charbonneux et plus encore dans la fièvre charbonneuse, car on peut dire qu'alors la terminaison fatale est constante.

Le *Diagnostic* présente rarement de sérieuses difficultés pour le praticien qui a l'habitude d'observer les affections charbonneuses : on peut dire qu'il n'hésite pas en présence de la pustule maligne.

Avec quelles autres affections la confondrait-il? On a parlé de variole, d'acné, de phlegmons : mais il faut n'avoir jamais vu de pustule maligne pour faire une telle confusion.

Les seuls cas avec lesquels l'hésitation se comprenne sont : l'anthrax malin et certaines pustules gangréneuses qu'on rencontre de temps à autre. La marche et les caractères particuliers de l'herpès, de l'érysipèle, en admettant qu'ils aient pu être méconnus dès l'abord, ne sauraient autoriser une erreur de diagnostic.

L'anthrax malin s'accompagne, dès le début, de symptômes généraux plus ou moins intenses; il a été précédé de fièvre, de malaise, etc., et n'apparaît jamais d'emblée. Sans doute on trouve une tuméfaction considérable, une couleur livide, un centre déprimé, des vésicules remplies d'un fluide ichoreux, et ces caractères pourraient en imposer: mais un examen plus attentif montrera l'escarre centrale, formée par la réunion de petites ouvertures qui se sont confondues, et entourée d'autres ouvertures analogues qui tendent à se réunir à celles qui occupent le centre. De plus, ces ouvertures laissent sortir des alvéoles du tissu cellulaire, étranglé et mortifié, une matière blanchâtre puriforme.

Si l'on se rappelle que ces anthrax ont pour siége de prédilection la partie postérieure du tronc et non les parties généralement découvertes; si l'on se rappelle surtout que, dans le charbon, il n'existe ni phénomènes précurseurs, ni douleur initiale et spontanée, ni pus dans aucune des vésicules, on évitera sûrement une confusion vraiment difficile.

La méprise serait plus facile avec les pustules gangréneuses. Certaines paraissent être une forme particulière d'affections cutanées telles que le pemphigus, le rupia, l'echtyma; certaines autres sont déterminées par l'introduction dans les tissus de matières septiques, mais non charbonneuses.

Les premières qui s'accompagnent, dès le début, de douleur, qui présentent un liquide vésiculaire trouble et sanieux, une escarre sous-vésiculaire molle et chez lesquelles manque l'aréole vésiculaire caractéristique, se distingueront encore assez facilement.

Mais les secondes offrent des caractères beaucoup plus voisins des lésions charbonneuses; si l'on ajoute que l'infection générale se produit parfois assez rapidement, on voit que la ressemblance est plus grande encore. On a signalé comme éléments de diagnostic différentiel les dimensions plus grandes de l'escarre qui est molle, mince, grisâtre et peu déprimée, les dimensions plus grandes aussi de l'aréole vésiculaire; mais on conçoit sans peine que l'embarras puisse être grand lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic formel.

L'examen microscopique du sang lève alors tous les doutes, la bactéridie étant caractéristique de l'affection charbonneuse. D'ailleurs, en pratique, une telle rigueur n'est pas utile et il n'est pas besoin de porter avec soi l'arsenal que nécessitent les études de laboratoire. Les pustules gangréneuses, qu'elles soient ou non charbonneuses, réclament l'intervention du chirurgien : peut-être les secondes se contenteraient-elles de moyens moins violents, mais cette considération doit d'autant moins arrêter que, parfois, ces pustules présentent une extrême gravité, et qu'il est

(1) Voir les numéros des 10 avril, 1er et 22 mai.

toujours préférable de détruire le foyer d'infection.

Le diagnostic de *l'œdème charbonneux* est souvent plus difficile : l'œdème simple ne diffère pas de l'œdème charbonneux qui débute. La marche ultérieure seule permet de les différencier. Le premier, en effet, cède rapidement à quelques applications émollientes ; le second, au contraire, persiste, s'étend et ne tarde pas à prendre la couleur livide qui lui est propre.

Girouard a proposé un moyen qui peut être bon : on cautérise fortement la partie œdématiée avec le nitrate d'argent et on recouvre d'onguent de la mère. Au bout de quelques heures, il se forme des vésicules — si leur sérosité est purulente, l'œdème n'est pas charbonneux.

L'érysipèle peut encore être confondu avec l'œdème charbonneux ; mais il suffira de se reporter aux caractères généraux du premier (cuisson, douleur à la pression, tuméfaction diffuse), à sa marche, envahissante à la périphérie, tandis que la partie centrale revient à l'état sain, enfin à l'engorgement ganglionnaire qui le précède, toujours, pour faire cesser immédiatement le doute.

Les commémoratifs enfin, qu'il ne faut jamais négliger, viendront en aide aux autres moyens d'investigation, et, bien souvent, la profession du sujet, ou les circonstances dans lesquelles il a contracté le mal, mettront, tout d'abord, le praticien sur la voie du diagnostic véritable.

Ces commémoratifs acquéreront une valeur beaucoup plus grande encore, lorsqu'il s'agira de la *fièvre charbonneuse*, dont les symptômes propres sont fort obscurs, et on peut dire que, seuls, ils pourront faire soupçonner la nature de l'affection.

On n'invoquera pas l'apparition de tumeurs critiques par la bonne raison qu'il n'y a pas de tumeurs critiques et que ces tumeurs, au cas où elles existent, constituent des symptômes initiaux qu'il n'était pas permis d'ignorer.

L'analyse microscopique du sang, possible dans les deux formes précédentes, devient ici à peu près illusoire, car, si le sang, pris à la périphérie du corps, renferme des bactéridies, l'infection est tellement avancée que la certitude du diagnostic ne peut avoir qu'un intérêt, pour ainsi dire, rétrospectif : elle n'a pas plus de valeur pratique que l'examen *post mortem*, à l'autopsie.

Il en est de même de l'apparition des œdèmes sous-cutanés et des taches noires qui indiquent la période ultime de l'infection charbonneuse.

Tels sont, fidèlement résumés, les caractères propres du charbon ; telles les lésions, tels les signes qui permettent d'établir un diagnostic certain. — Restent à étudier les moyens que donnent contre cette maladie l'hygiène et la thérapeutique ; mais, peut-être, convient-il de s'arrêter un moment aux analogies et aux dissemblances que fournit la pathologie comparée.

Dans la série animale, la pustule maligne est fort rare : il faut en attribuer la cause à la protection qu'offre à la peau la toison des animaux, et l'on peut dire que, plus cette toison est épaisse, et plus rare est la lésion. Chez les moutons, par exemple, elle ne se rencontre à peu près jamais.

L'œdème charbonneux n'est guère plus fréquent, pourtant il peut se rencontrer. Il faut bien se garder de confondre, avec lui, les œdèmes qui se manifestent comme lésions éloignées de la fièvre charbonneuse, alors que, par propagation de l'infection, le tissu cellulaire sous-cutané est envahi : il s'agit bien alors d'un œdème charbonneux, mais secondaire. L'œdème primitif peut se rencontrer, comme chez l'homme, dans le voisinage des muqueuses, ou bien encore par suite d'inoculation directe dans le tissu cellulaire sous-cutané. Disons que les *taons*, seuls peut-être, sont capables de perforer toute l'épaisseur de la peau, que ces insectes ne se voient guère que près de l'animal vivant, et que, d'autre part, la durée de la maladie est fort courte chez l'animal — d'où la rareté relative de cet œdème.

La fièvre charbonneuse, par contre, est des plus fréquentes : nous avons vu par quel mécanisme se produisait la lésion primitive au sein des organes digestifs ; ajoutons que le fait se produit surtout au moment où les animaux sont conduits au pacage, et qu'il est notoirement plus rare dans la saison où ils reçoivent des aliments secs.

Les signes de la fièvre charbonneuse sont fort peu précis, et il faut vraiment une certaine habitude d'observation pour poser dès l'abord un diagnostic. L'animal devient triste, il refuse la nourriture, il se couche, ou bien debout, placé à l'extrémité de sa longe, il s'accule sur son derrière. — S'il travaille, il s'arrête, refuse d'avancer, chancelle et tombe sans pouvoir se relever.

La respiration régulière est accélérée ; des sueurs locales se montrent ou bien des frissons répétés. Surviennent de l'inquiétude, de l'agitation ; l'animal paraît en proie à des douleurs d'entrailles, il piétine, se couche, se relève, se tourne, se débat ; les yeux sont mornes et hagards. Puis le ventre se météorise, des matières excrémentitielles liquides, séreuses ou sanguinolentes, sont rejetées à chaque instant. Enfin la température périphérique s'abaisse, les forces

s'épuisent et l'animal meurt dans des convulsions tétaniques ou plongé dans le coma.

La succession de ces symptômes s'opère dans l'espace de six à quarante-huit heures, quelquefois même dans un temps beaucoup plus court, deux à trois heures.

Ces phénomènes morbides sont d'ailleurs sensiblement les mêmes, qu'il s'agisse du cheval ou du bœuf, du porc ou du mouton. Quelques auteurs ont donné comme caractéristique, chez le porc, l'apparition de taches noires à la peau, comme il s'en montre chez l'homme. Disons que ces taches ecchymotiques n'ont rien de particulier, qu'elles peuvent se montrer chez tous les animaux indistinctement : si elles ne sont pas observées c'est que la toison, par son épaisseur, les cache ; on conçoit dès lors facilement qu'elles aient plutôt été observées chez le porc.

Les divers traitements auxquels ont été soumis les animaux atteints de fièvre charbonneuse n'ont donné que des résultats négatifs ; par contre l'hygiène et les moyens prophylactiques se sont montrés d'une efficacité certaine. Nous devons passer en revue ces moyens prophylactiques, puisque la fréquence des affections charbonneuses chez l'homme est en relation directe avec la fréquence des cas observés chez l'animal et, que le plus sûr moyen de nous garantir, est, sans contredit, de diminuer les sources d'infection.

Pendant longtemps la fièvre charbonneuse des animaux a été assimilée à la fièvre pernicieuse, et l'idée de diriger contre elle le sulfate de quinine devait se présenter à l'esprit; mais le prix élevé du médicament, ainsi que la prolongation de son administration comme moyen préventif, nécessitant des frais considérables, firent que les quelques essais tentés demeurèrent stériles et que le moyen ne put entrer dans la pratique commune.

Lorsque l'arsenic fut préconisé dans le traitement de la *malaria*, les considérations théoriques, qui avaient fait songer au sulfate de quinine, amenèrent à conseiller l'usage de l'acide arsénieux comme prophylactique du charbon. Le prix modique du médicament, les faibles doses employées permettaient une expérimentation plus large, aussi son emploi fut-il accepté.

Les résultats furent favorables. Une armée où les troupeaux de moutons étaient décimés d'une manière étonnante, les animaux soumis à l'usage de l'acide arsénieux furent relativement épargnés. On faisait prendre à chaque animal cinquante grammes environ, chaque matin, d'une solution de 6 grammes d'acide arsénieux dans 40 litres d'eau; au bout de quinze jours la dose était portée à 100 grammes et maintenue telle pendant le temps de l'expérimentation. Chaque animal absorbait ainsi 0 gr. 015 du médicament.

On en conclut la confirmation de l'analogie du charbon et de la malaria, d'après l'adage (inexact, du reste) *naturam morborum curationes ostendunt*. La théorie était fausse, mais le fait subsiste, et nous pouvons l'expliquer facilement : c'est par une lésion de la muqueuse digestive que pénètre le virus charbonneux; l'acide arsénieux ou bien cautérisant la lésion déjà existante s'opposait à l'absorption virulente, ou bien détruisait sur place le virus avant son absorption.

Les méthodes prophylactiques, si elles rencontrent de la résistance chez l'homme pour lui-même, ont bien d'autres préventions à vaincre s'il s'agit des animaux; aussi l'usage de l'acide arsénieux ne tarda-t-il pas à être abandonné.

C'est alors que la nature du charbon devenant mieux connue et sa genèse étant expliquée, d'une part; tandis que, d'autre part, les animaux continuaient à être frappés, on en revint à l'étude des moyens prophylactiques, et tour à tour furent vantées les diverses substances antiseptiques.

Il serait oiseux de décrire tous les procédés mis en usage par la médecine vétérinaire, nous nous bornerons à mentionner l'emploi de l'acide phénique.

L'acide phénique est employé tantôt en nature, tantôt sous forme de phénate de soude. Le premier corps présente, sur le second, un avantage marqué comme antiseptique ; mais son administration est difficile et les produits livrés par le commerce généralement impurs et inconstants dans leur action.

Voici un procédé qui permet de remédier à ces inconvénients, en fournissant l'acide phénique à l'état naissant, et qui est, depuis un certain temps déjà, employé avec succès par un vétérinaire distingué de la Beauce.

Le phénate de potasse est administré en solution concurremment avec du vinaigre : l'acide acétique s'empare de la potasse et met le phénol en liberté ; or, celui-ci agit à l'état naissant avec une énergie plus grande, tandis que l'acétate de potasse absorbé excite manifestement la diurèse et provoque la transpiration.

C'est un moyen qui a fait ses preuves et qui ne saurait être trop recommandé.

Nous n'avons pas ici à insister sur l'hygiène propre aux animaux domestiques : ses prescriptions ont malheureusement à lutter contre la routine et ne pénètrent que bien lentement dans l'esprit des populations agricoles. Bornons-nous à signaler les tentatives qui paraissent devoir être encouragées.

Lorsque, dans les campagnes, on voit un animal atteint de la fièvre charbonneuse, on s'empresse généralement de le faire abattre (du moins s'il s'agit d'un animal dont on puisse tirer profit), et, après l'avoir dépouillé, on l'expédie sur Paris. Dans d'autres cas, le propriétaire, craignant à bon droit l'inspection établie dans les grandes villes, s'entend avec un boucher dont le commerce interlope profite de ces aubaines, et fait vendre dans quelque commune voisine la viande avec un rabais plus ou moins considérable.

Dans un cas, comme dans l'autre, les chances de contagion se multiplient et, s'il est rare d'observer des accidents à la suite de l'ingestion des viandes charbonneuses, il est fréquent, au contraire, d'observer des pustules malignes provenant de leur manipulation.

Les grandes villes se protégent, dans une certaine mesure, par l'inspection des viandes aux abattoirs ou sur les marchés; mais dans les campagnes aucune mesure restrictive ne met obstacle à ce dangereux trafic.

Le corps médical doit insister sur un tel état de choses et agir près des autorités compétentes afin de faire cesser une habitude aussi dangereuse pour la santé publique.

Si l'animal meurt, on l'abandonne le plus souvent dans les champs, au voisinage des fermes que l'on entoure ainsi de foyers pestilentiels. Les règlements de police ordonnent bien l'enfouissement, mais la plupart du temps personne ne veille à leur exécution. D'ailleurs l'enfouissement est insuffisant, puisqu'il est prouvé que la bactéridie résiste aux influences atmosphériques et, gagnant les couches supérieure du sol, vient infecter les plantes qui seront données en nourriture aux bestiaux.

L'animal enterré doit être recouvert de chaux. Encore est-il préférable de le livrer aux établissements d'équarrissage et aux brûleries. — S'il s'agit d'un cheval ou d'une vache, l'espoir de retirer quelques francs du cadavre fait accepter cette prescription d'hygiène, — mais les centaines de moutons qui, chaque année, périssent du charbon, sont abandonnés sur place, sans plus de façon... *Ça n'en vaut pas la peine.*

L'obligation de détruire effectivement les cadavres charbonneux est une mesure qui s'impose et que nous devons nous efforcer de faire entrer dans la pratique. — Encore, de cette façon, resteront exposés à l'infection, les individus chargés de travailler les dépouilles ; leur nombre, du moins, sera restreint et les soins hygiéniques que nous leur prescrirons diminueront encore les chances de contagion.

Quiconque approche, touche, soigne les animaux atteints du charbon ; quiconque manipule leurs cadavres doit avoir soin de se laver fréquemment le visage, les mains et, généralement, les parties du corps qui restent découvertes. L'usage des antiseptiques sera vivement recommandé : vinaigre antiseptique, permanganate de potasse, acide phénique, etc... Les substances solubles dans l'eau seront préférées ou bien celles qui, comme le *Coaltar saponiné*, tiennent le corps désinfectant en suspension et permettent son mélange intime avec l'eau. — Cette dernière substance se recommande d'ailleurs par son prix modique et la facilité avec laquelle on peut l'employer; elle est moins désagréable à l'odorat que le phénol et d'autre part elle n'a pas les propriétés toxiques du permanganate de potasse : C'est à elle que nous donnons la préférence pour l'usage public.

(*A suivre.*) Dr A. Gassot.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de paralysie hystérique guérie instantantanément par la conviction de la guérison réelle.

Nous traversons des temps si féconds en miracles, que bientôt ce serait miracle de n'en point avoir, comme si le miracle que l'on peut définir: toute dérogation aux lois de la nature, n'était pas essentiellement contraire à la divinité même, c'est-à-dire à cette force suprême qui maintient l'ordre en toute chose. En effet, comme l'a judicieusement remarqué Spinosa, ce n'est pas des miracles et des prodiges que nous concluons à l'existence de l'Etre Suprême, mais, au contraire, de l'ordre fixe et immuable de la nature; et cet ordre permanent est un miracle beaucoup plus grand que le serait l'interversion passagère d'une des lois naturelles.

Assurément, je n'apprendrai rien de nouveau aux nombreux lecteurs du *Concours Médical*, en leur disant que les hémiplégies et les paraplégies hystériques peuvent guérir, pour ainsi, dire subitement, sous toute influence ou autorité morale, produisant chez la malade (car les femmes semblent avoir le privilège, à peu près exclusif, des affections hystériques) une conviction intime de la guérison.

Il n'y a, dans la paralysie hystérique, altération ni des nerfs, ni de la nervosité périphérique, ni de la fibre musculaire, et de sa contractilité, ainsi que le témoigne l'action des courants constants et des courants d'induction.

Tout se passe dans le domaine, que j'appellerai psychique, parce qu'il ne m'est pas encore donné de connaître les modifications cérébrales correspondant aux impressions subjectives morales. Mais si, par l'autorité que le médecin exerce, ou par la confiance qu'il inspire, il parvient à établir cette conviction intime, cette foi assurée en la guérison, de la part de la malade, avec la volonté ferme de sortir de son mal, l'état pathologique psychique, dont je parlais tout à l'heure, disparaîtra presque instantanément, c'est-à-dire dans le temps que la malade mettra pour oublier son état de maladie et acquérir la conviction de la guérison réelle.

Il est possible que la guérison complète ne soit pas instantanée; mais une amélioration, presque subite, arrive constamment, et la guérison s'assure bientôt, par la conviction qui se fortifie dans cette amélioration immédiate.

Ces faits, loin d'être une interversion des lois de la nature, loin d'être un miracle, en un mot, ne sont que la conséquence des lois de physiologie pathologique qui nous sont démontrées évidentes par leurs manifestations, mais dont la nature essentielle ne nous est pas encore connue.

Ces quelques réflexions de philosophie médicale, m'ont été suggérées par les soins qus j'ai donnés à une malade atteinte de paralysie hystérique. J'ai cru devoir publier cette observation, qui, en elle-même, n'a rien d'insolite, mais que j'ai cru remarquable par la netteté des faits qui s'y sont produits.

Je fus appelé en consultation, par un de mes confrères, vers les premiers jours de mars dernier auprès d'une demoiselle H..., âgée de vingt-trois ans, atteinte d'une maladie encore mal caractérisée. La malade était couchée dans son lit, prétendant ne pouvoir faire aucun mouvement, pas même de la tête, sous peine d'avoir une syncope. Cependant le facies ne paraissait pas témoigner d'une altération profonde; j'examinai tout ce que je pus, tout en respectant l'immobilité de la malade; je ne trouvai, pour tout état pathologique, qu'un bruit de souffle anémique.

Nous ordonnâmes de soutenir les forces de la malade, qui déjà prenait une macération de quinquina.

Je crus à une *chloro-hystérie*, laissant à mon confrère le soin d'user de son influence pour mener à bonne fin cette névrose.

Six semaines plus tard, lorsque je fus appelé de nouveau, à la date de 21 mai, je trouvai la malade à peu près dans le même état; elle était mieux cependant, mangeait bien, avait été réglée quelques jours auparavant, ne souffrant nulle part, disait-elle, mais ne pouvant remuer dans son lit, et désolée de devoir rester ainsi le restant de sa vie, si je ne la guérissais pas.

Je crus alors avoir affaire à un de ces états hystériques purs; de plus, j'avais cru remarquer que mon arrivée avait fait une grande impression et que la malade s'abandonnait aveuglément à moi, comme à une dernière ressource. Je résolus de profiter de ces circonstances qui, quelques jours plus tard, eussent été moins favorables.

Je lui fis exécuter, devant moi, quelques mouvements des jambes, d'abord l'aidant de la main, puis la faisant agir toute seule; je lui commandai de s'asseoir sur son lit, ce qu'elle fit à son grand étonnement. Je lui dis de reprendre son travail de tapisserie facile, qu'elle avait abandonné depuis près de deux mois. Elle accepta de bonne grâce et en souriant.

Devant cette surprise, qu'elle témoignait elle-même, j'eus peur de trop frapper son imagination; et je lui assurai que, le lendemain, elle pourrait se lever et que, à ma visite dans la matinée, elle devait se trouver debout pour me recevoir. Elle me promit de le faire; en effet, le lendemain, je la trouvai debout, riant d'avoir exécuté ce qu'elle appelait mes ordres. Sa première parole fut celle-ci: « Savez-vous bien que je suis guérie, et que je n'ai plus l'intention d'être malade? » Je lui adressai la question banale: « Mais, pourquoi vous êtes-vous levée? » Elle me répondit: « Puisque vous m'avez dit que je pouvais le faire. Je l'ai fait et je me suis levée. »

Je remarquai, en effet, en elle, à mesure qu'elle acquérait la certitude de sa guérison, la volonté ferme et énergique de vouloir être guérie; elle descendit le jour même, se mit à table avec sa famille; et le lendemain, c'est-à-dire dans la troisième journée, elle sortit pour rendre visite à sa sœur qui habite dans la même localité. Depuis, la guérison est parfaite.

Je sais bien que cette guérison n'a rien d'insolite, qu'il n'est pas rare de voir des guérisons immédiates des paralysies hystériques; mais le plus souvent la conviction de la guérison assurée se puise dans des motifs extra-scientifiques invoquant une force occulte surnaturelle, qu'on exploitera sous le nom de miracle au profit de quelque idée religieuse.

Cette observation que je public a le mérite rare d'être purement scientifique, dégagée de toute influence extra-médicale; car selon l'expression de la malade elle-même: « Puisque vous me dites

que je dois marcher, c'est que je puis le faire, voilà pourquoi je me suis levée et que me voilà guérie. »

Dr Cauchy.

Bapeaume, 6 juin 1880.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur et honoré confrère,

Depuis longtemps je souhaite voir traiter les questions de déontologie médicale dans votre journal, qui a entrepris avec tant de succès, de soutenir nos intérêts professionnels.

Dans nos études, à Paris, et sans doute de même dans les autres facultés, cette partie de l'éducation médicale est complétement négligée. Aucun ouvrage, à ma connaissance, ne nous apprend nos devoirs entre médecins. Etabli à la campagne depuis peu de temps, je m'étais proposé de prendre pour modèles mes confrères plus anciens. Mais mon embarras n'a fait qu'augmenter; car, autant de procédés que de médecins. Ainsi, prenons un exemple : Un malade est en cours de traitement; les parents s'effraient; le médecin qui est jeune, ne laisse pas ignorer qu'il y a danger. On lui propose une consultation, naturellement acceptée. Un médecin plus âgé, souvent plus renommé, plus éloigné, puisque le fait se passe à la campagne, est demandé. Il vient, voit le malade, puis passe dans une autre pièce avec le médecin traitant; à eux deux ils décident un traitement, après avoir discuté le diagnostic. Puis la famille est mise au courant de la situation; elle reçoit des deux médecins, un avis sur le plus ou moins d'espérance qu'elle doit avoir. Le médecin traitant continue à voir le malade; et il est convenu que l'autre confrère sera appelé, s'il y a lieu. Je pensais tout d'abord que les choses devaient toujours se passer ainsi (1).

Malheureusement, voici ce qui arrive le plus souvent. Le médecin est appelé pour voir un malade; il pose son diagnostic, rédige sa prescription, mais il doit attendre qu'on le demande pour revenir. On attend naturellement que le malade soit plus mal pour le redemander. Il revient, constate une aggravation, insiste en vain pour revoir le malade; on l'appellera quand ce sera utile (2). Cette fois ce n'est plus lui qu'on appelle.

Il n'a pas connu la maladie; il faut un médecin plus savant, un médecin de la ville. Le grand homme arrive, blâme beaucoup de n'avoir pas été appelé plus tôt, trouve que le malade a été pitoyablement soigné, ou, s'il approuve le traitement suivi, c'est d'un ton tel que personne ne s'y trompe. D'autres fois la consultation aura lieu; mais le second médecin ne jugera pas à propos de causer en particulier avec le premier; il exposera son diagnostic devant toute la famille, changeant des expressions ou même viciant la prononciation d'un mot pour ne pas dire comme le confrère; il rédigera tout seul son ordonnance et, après l'avoir signée, daignera la montrer à son confrère.

Enfin, il insistera pour voir le malade tous les jours : dans ces conditions, la visite du second médecin est complétement inutile. Aussi, la consultation n'a-t-elle, dans ces cas, d'autre résultat que la substitution du médecin consultant au médecin traitant (1).

Une autre question? Dans une discussion devant le juge de paix, pour réclamation d'honoraires, ne peut-il arriver que le médecin en faisant valoir certains soins particuliers, soit accusé de violer le secret médical? En un mot, quelle est la limite à laquelle on doit s'arrêter dans ces cas (2).

Agréez, cher et honoré confrère, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Dr C. *(Saône-et-Loire)*.

(1) C'est ainsi que tout doit avoir lieu.

(2) On ne doit pas accepter cette situation et se retirer, quel qu'en soit le résultat.

(1) Dans de semblables circonstances le grand homme de la ville n'est qu'un petit esprit et un malhonnête confrère, qu'on ne doit plus revoir. On a de plus le devoir de se retirer dès que la famille, influencée ou non, n'accorde plus son entière confiance.

(2) On doit demander au juge de réclamer l'assentiment du client pour la révélation de ces détails.

Si nous reproduisons la lettre de notre honorable confrère, c'est qu'elle est une entrée en matière pour l'exposition de ces questions de déontologie, dont il y aurait grand intérêt à préciser les termes. Nous accepterons toutes les communications qui, sans entrer dans le détail de faits personnels, fourniraient des éléments nouveaux.

Nous pourrons, par la suite, en faire notre profit pour la rédaction d'un code volontaire des devoirs des membres du *Concours Médical*.

A PROPOS DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Liancourt, 3 juin 1880.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture d'un intéressant article de M. le docteur P., dans le *Concours Médical*.

Dans la nourricerie modèle, projetée par le Conseil municipal de Paris, l'un des facteurs les plus importants de la mortalité me paraît devoir être l'encombrement. Des enfants, déjà éprouvés par une nourriture qui n'est pas celle qui leur est naturelle, quoique s'en rapprochant entièrement, ont besoin plus que d'autres d'un air pur et fréquemment renouvelé.

Aussi, je voudrais que la nourricerie fût établie hors Paris, sur un plateau balayé par les vents; qu'elle fût composée de maisons juxtaposées, sans communication entre elles; chaque maison devrait contenir deux salles; une au rez-de-chaussée,

l'autre au premier; ces salles ne devant pas contenir plus de seize enfants, seraient servies par quatre femmes et devraient jauger de trois-cent-vingt à trois-cent-cinquante mètres cubes,

Ces salles auraient deux fenêtres à chaque façade et une porte d'entrée, qui donneraient sur des cours spacieuses. On pourrait ainsi renouveler l'air en peu de temps.

Outre les poëles, il y aurait une cheminée avec tuyau d'appel: cela constituerait un moyen supplémentaire de ventilation, destiné à agir surtout pendant les longues nuits d'hiver.

Une femme doit pouvoir soigner quatre enfants aussi minutieusement qu'une mère de famille qui allaite son enfant tout en ayant une famille à nourrir. Les enfants, convenablement habillés contre le froid, devraient être promenés sur des voitures à quatre places, en sorte que tous pourraient sortir à la fois, pour profiter des moments les plus propices. Pendant les promenades, les fenêtres ouvertes, ainsi que les portes, feraient entrer l'air à flots dans les chambres.

La dépense serait considérable, il est vrai; une femme pour ses gages, sa nourriture, l'éclairage, le chauffage, blanchissage, etc., coûterait environ 100 fr. par mois; ce qui ferait 25 fr. par enfant.

Il faudrait environ 15 fr. par mois pour le lait, la nourriture supplémentaire des enfants au-dessus de 7 à 8 mois, et le blanchissage de chaque enfant: ce qui fait 40 fr. par mois.

Si l'on ajoute les intérêts de la construction, la dégradation du mobilier, les frais d'administration et de surveillance, on voit que chaque enfant coûterait de 45 à 50 fr. par mois, le double au moins de ce que l'on dépense à présent.

Mais on arriverait ainsi, avec des soins minutieux pour la propreté de l'enfant, le lavage des biberons et surtout le lait de bonne qualité, on arriverait, dis-je, à abaisser au moins de moitié, l'énorme mortalité qui frappe actuellement les enfants assistés.

Dr PARGOIRE.

NOTES DE CLINIQUE MÉDICALE

Diagnostic de la colique hépatique.

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR POTAIN.

— Une femme est entrée dans le service de M. Potain avec un peu d'ictère et des coliques violentes. Elle a eu des crises éloignées de coliques hépatiques et actuellement, celle dont elle souffre a débuté par des douleurs très-vives avec des vomissements bilieux survenant deux heures après le repas. Mais ce qu'il y a d'intéressant chez cette malade, c'est qu'elle raconte l'histoire d'une gastralgie intense dont elle souffre depuis sa jeunesse et qui a cédé la place à la colique hépatique. Ce point du diagnostic mérite qu'on y insiste, car il est extrêmement fréquent de voir la colique hépatique confondue avec la gastralgie.

La colique hépatique se caractérise surtout par la douleur, les troubles gastriques et l'ictère. La douleur, à côté d'irradiations habituelles comme celles qui se dirigent vers le mamelon et l'épaule, en présente d'autres qui sont beaucoup moins connues. On voit ainsi quelquefois la douleur irradier vers les aines et le testicule; cette irradiation, indiquée par Trousseau, est cependant niée par Murchison. Elle existe pourtant, et récemment elle constituait chez un malade du service le symptôme le plus pénible de la colique; d'autres irradiations plus insolites encore sont celles qui vont vers la mâchoire et vers le crâne. M. Potain cite à ce propos l'exemple d'une malade qui, à chaque crise, présente une douleur hémicrânienne qui ne cesse qu'avec la colique; il y a des cas où, chez cette personne, la colique est si peu intense qu'elle passe inaperçue et qu'il semble alors qu'elle n'ait qu'une simple névralgie; des faits analogues se présentent assez souvent, et l'on peut voir alors des douleurs de tête symptomatiques de l'état du foie.

L'intensité de la douleur est souvent extrême; mais il est rare cependant, bien que cela se voie quelquefois, que des malades tombent dans un état de collapsus très-grave et succombent même à une syncope.

L'ictère, symptôme habituel de la colique, est cependant loin d'être constant. Tout d'abord, quand il existe, l'intervalle qui sépare le début de la douleur de son apparition est assez variable, ce qui tient à son mode de production; ou bien, en effet, il est amené par l'obstruction, et il faut alors un certain temps pour qu'il se produise, ou il est dû à un spasme des canaux biliaires, et il peut alors paraître presque instantanément. Ce dernier fait est contesté; mais sans rechercher si l'expression de spasme indique exactement ce qui ce passe, M. Potain admet cette rapidité de l'apparition de l'ictère, rapidité qu'on observe surtout dans les ictères de cause morale, ainsi qu'il l'a vu chez un malade, qui, sur le point d'être fusillé, devint jaune en face des fusils dirigés contre lui. Ce qu'une vive émotion peut produire, la douleur intense de la colique peut le déterminer par un violent ébranlement du système nerveux, sans qu'il y ait même obstruction par les calculs. Cet intervalle varie aussi suivant le plus ou moins d'abondance de la sécrétion biliaire. Si cette sécrétion est très-abondante, l'ictère apparaîtra très-probablement beaucoup plus vite.

L'ictère peut d'ailleurs manquer dans les coliques les plus formelles pour plusieurs raisons. Ce peut être, tout d'abord, la durée insuffisante de l'obstruction. Si la colique ne dure pas plus d'une heure, il y a beaucoup de chances pour que l'ictère ne paraisse pas. De plus, le siége du calcul dans le canal cystique peut faire aussi que l'ictère ne paraisse pas. Enfin, si, ce qui arrive souvent, la forme des calculs anguleux ou prismatiques permet à la bile de fluer sur les côtés, l'ictère peut fort bien ne pas apparaître. Ce sont les mêmes raisons qui expliquent la fréquence des vomissements bilieux dans la colique hépatique; il peut se faire aussi que le calcul étant déplacé, la douleur persiste et que les vomissements continuent. On voit

Donc, d'après cela, que l'absence d'ictère n'est pas une raison suffisante pour rejeter le diagnostic de colique hépatique, pas plus d'ailleurs que la localisation non habituelle de la douleur.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

CHRONIQUE

UNE NOUVELLE VICTIME. — Encore une malheureuse victime de la science frappée par l'épidémie de variole !

Le Dr Edwin Gysi (de Berne), arrivé à Paris depuis deux mois pour compléter ses études, vient de succomber à l'hôpital Saint-Louis, atteint d'une variole confluente, à l'âge de vingt-cinq ans.

— Plus de 354 varioleux ont été reçus depuis trois mois qu'un service spécial a été ouvert dans cet hôpital.

Liste des médecins consultants aux diverses stations thermales.

Dr Chabory, au Mont-Dore. Puy-de-Dôme.

Dr Moinet, à Cauterets, Hautes-Pyrénées.

Dr Canbassédes, inspecteur à Cauvalat (sulfurées sodiques) près le Vigan, Gard.

Dr Breton, au Mont-Dore.

Dr Noir, de Brioude, consultant à la Bourboule.

Dr Evrard d'Orsennes, à la Bourboule.

Dr Dubourcau, à Cauterets.

Dr Grelletty, à Vichy, Allier.

Dr Barry, villa Murat à Royat, Puy-de-Dôme.

Dr Greuell, directeur de l'établissement hydrothérapique à Gérardmer, Vosges.

Dr Dumas-Aubergier, médecin inspecteur à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.

Dr Fraiche, médecin consultant à Aulus, Ariége.

Dr Debout d'Estrée, médecin inspecteur à Contrexéville, Vosges.

Dr Bibart, médecin consultant à Enghien, Seine-et-Oise.

Dr Souligoux, médecin consultant à Vichy, Allier.

Dr Bertrand, inspecteur à Sail-sous-Couzan, Loire.

Dr Lambron, à Luchon, Haute-Garonne.

Dr Bougard, à Bourbonne-les-Bains, Haute-Marne.

Dr Décujis, directeur de l'établissement hydrothérapique à Bessé-sur-Yssole, Var.

Dr Salmon, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.

Dr Poché, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.

Dr Odin, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains, Nièvre.

Dr Joubert, médecin inspecteur à Gréoulx, Basses-Alpes.

Dr Cazenave de la Roche aux Eaux-Bonnes, Basses-Pyrénées.

Dr Bordéres, médecin consultant à Siradan, Hautes-Pyrénées.

Dr Amédée Tardieu, médecin consultant au Mont-Dore, Puy-de-Dôme.

Dr Frédéric Morin, médecin consultant, à la Bourboule, Puy-de-Dôme.

Dr Badoz, médecin consultant à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

CORRESPONDANCE

— Dr J., à H. (Var).
Les polices du Phénix assurant ce qui appartient aux membres de la famille d'un des adhérents du *Concours*, doivent être faites au nom de celui-ci. C'est lui qui en paye les primes et se fait rembourser par qui de droit.

— Dr O., L. R., Ch. (Dordogne), 29 mai.
Inscrit au nom du Dr G.

— Dr P., à T. (Haute-Garonne).
Bien obligés de l'information.

— Dr G., 425, 31 mai.
Vous dites : « *En conservant le journal, nous détachons la couverture et perdons des renseignements utiles à consulter. Ne pourrait-on publier un petit annuaire, particulièrement destiné aux adhérents*, etc... » Ce sera fait, en temps opportun. « *Ne pourrait-on adopter des préparations dentifrices spéciales?* » Oui, à la troisième page.

— Dr G., à A. (Cantal), 31 mai.
« *Inspiré par le* Concours Médical, *j'ai, avec quelques amis, provoqué une réunion confraternelle qui a eu lieu et se reproduira chaque année. Ce banquet nous a procuré de véritables satisfactions.* » Nous espérons qu'il a été question du *Concours* et que vous nous adresserez les noms de vos amis, ils seront les bienvenus.

— Dr M., à S. S. (Côte-d'Or), 1er juin.
M. votre fils recevra dès le prochain numéro.

— Dr R., 871 (Maine-et-Loire), 2 juin.
Nous partageons toutes vos idées sur la rédaction du *Concours;* mais vos exemples sont mal choisis; vous en conviendrez, si vous réfléchissez que le *charbon* est une affection endémique dans nombre de contrées; c'est précisément un des cas où le praticien doit posséder assez bien son sujet, pour n'éprouver aucune hésitation et intervenir avec énergie, pour sauver son malade. Vous êtes heureux de ne point vous trouver dans un pays de ce genre. Quant à la *Syphilis*, les manifestations en sont si nombreuses et parfois si obscures; le traitement est également si efficace, lorsque le diagnostic est précise, qu'un journal serait impardonnable de négliger cette partie de notre art. Remerciements pour ce qui nous concerne.

— Dr M. P., à Ch., P. S. (Charente-Inférieure), 3 juin.
Votre lettre nous suffit. Vous êtes inscrit, à dater de ce jour.

— Dr B., à L. (Indre-et-Loire).
On va rectifier. Pourquoi n'êtes-vous pas notre collaborateur, puisque vous êtes lauréat?

— Dr S., à B., L. C. (Côte-d'Or).
Reçu le mandat. Envoyé les 18 numéros.

— Dr B., à M. (Haute-Garonne), 3 juin.
Pris note du renseignement pour la suite de la publication. Oui, pour 7 fr. 50 cent. Vous pouvez adresser votre demande à la Société d'Hygiène, 8, rue du Dragon. C'est la troisième fois que nous donnons cette indication, dans la correspondance.

— Dr D., 287 (Nord).
Inscrit les deux confrères P. et D. Non, chacun des fondateurs ne s'y est pas employé comme vous. Ce serait trop beau; nous n'en sommes pas là; mais cela viendra. « *Il faut*, dites-vous, *que vous effaciez certaines préventions. On se figure que vous voulez battre en brèche l'Association générale. Il faut que les membres du* Concours *s'efforcent de faire la lumière.* » Vous, cher confrère, qui nous lisez assidûment, avec qui nous avons pu nous entretenir longuement, savez que, tout au contraire, nous nous efforçons d'amener nos adhérents à cette association, dont il y a vingt ans, nous étions l'un des fondateurs. Notre voie n'est pas la même; elle est parallèle, mais distincte, et, grâce, au *Concours* qui est la *propriété* de chaque adhérent, nous avons dit et dirons chaque jour que notre œuvre est uniquement une œuvre de solidarité et non de discorde. Nous espérons toujours votre visite à Chantilly.

— Dr G., 425 (Loiret), 7 juin.
« *Pourquoi le* Concours *ne traiterait-il pas avec un opticien, qui nous fournirait depuis les simples lunettes, thermomètres, baromètres, etc..., jusqu'aux microscopes composés? Pourquoi ne pas traiter même, avec une maison, pour les montres médicales, à secondes indépendantes, qu'on nous fait payer un prix inabordable?* » Certes, cette proposition est pratique et comme telle sera examinée.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 24 12 juin 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'Académie de médecine a élu M. Dujardin-Beaumetz membre titulaire de la section de thérapeutique.

Nous avons à peine besoin de présenter le nouvel académicien aux lecteurs du *Concours Médical*. En effet, dans plusieurs articles, nous avons mis à profit les remarquables leçons de clinique thérapeutique de M. Dujardin-Beaumetz. Ses recherches sur les alcools ; ses communications nombreuses à l'Académie de médecine, à la société médicale des hôpitaux ; la part qu'il a prise à la fondation de la société de thérapeutique, tous ces titres font que l'élection de M. Dujardin-Beaumetz n'est une surprise pour personne.

Dans la section de thérapeutique on a songé à nommer un homme qui a fait de cette branche si importante de l'art de guérir son étude de prédilection. C'est fort bien fait. Mais si nous en félicitons l'Académie, c'est que nous n'avons pas eu toujours et partout à constater de pareilles élections.

— Un de nos distingués confrères de province M. le docteur Cazin, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, a communiqué ensuite un travail intitulé: *Contributions à l'étude des ovariotomies incomplètes.*

Après des considérations générales sur le diagnostic des adhérences, qui sont quelquefois si résistantes et si étendues que l'opération ne peut être terminée, il relate un fait où il fut obligé de laisser un kyste uniloculaire très-volumineux dans la cavité abdominale; grâce à la mortification de la surface interne de la poche, obtenue à l'aide de la gaze antiseptique et de l'eau phéniquée, l'apparition de la suppuration put être retardée; l'élimination des escarres superficielles ne fut complète que le vingt-huitième jour.

A ce moment, le docteur Cazin, sans chercher à aviver la plaie abdominale, tenta la réunion immédiate secondaire. L'intestin, par sa distension, adossait la face postérieure du kyste à sa face antérieure restée adhérente à la paroi abdominale, et l'accollement réciproque des bourgeons charnus fut rapide et complet. La guérison était obtenue cinquante jours après l'opération.

Faisant ensuite l'historique du procédé de nécessité auquel il a été contraint d'avoir recours, le docteur Cazin insiste sur la léthalité observée dans ces cas, et attribue son succès à l'action nécrosique de l'acide phénique, retardant la suppuration, au peu d'abondance de cette dernière, au soin qu'il avait pris de laisser la plaie abdominale largement ouverte au lieu de la refermer comme ses devanciers, qui se contentaient de placer un drain dans l'angle inférieur de la plaie, et enfin à l'emploi de la *réunion immédiate secondaire*, qui a été remarquable par la facilité de son exécution, la rapidité de ses résultats et, avant tout, par sa complète innocuité.

— Nous aurons à revenir sur la théorie de M. Pasteur relative aux maladies virulentes, à l'occasion d'une discussion que M. Jules Guérin a annoncée. M. J. Guérin compte examiner dans tous ses détails la théorie de M. Pasteur.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

LE CHARBON.

TRAITEMENT (1).

Les indications thérapeutiques fournies par le charbon sont de deux ordres : locales et générales et, suivant la forme, doivent être combinées ou bien faire place les unes aux autres.

Les indications locales sont au nombre de deux : 1° *détruire le foyer d'infection ;* 2° *déterminer une réaction capable de produire l'élimination de l'escarre et des produits septiques qui auraient pu échapper à la destruction.*

Ces deux indications sont loin d'être aussi impérieuses : la première est formelle et cela se comprend de reste. La seconde n'a pour but que de venir en aide à un travail qui s'opère naturellement, d'accélérer son apparition et plus tard sa marche; elle n'est pas absolue, mais il est du moins fort utile de la remplir et c'est aux moyens opératoires qui en tiendront le plus grand compte que nous donnerons la préférence.

On a pensé qu'il suffirait de modifier la vitalité des tissus contaminés pour amener une terminaison favorable. C'est ainsi qu'un chirurgien distingué, se demandant si cette seconde indication n'était pas suffisante, institua une série d'expériences dans lesquelles, négligeant la pustule elle-même, il se bornait à rechercher une révulsion violente par l'application de pointes de feu à distance. Il n'eut que des insuccès.

C'est encore ainsi qu'un médecin russe, le docteur Grzymala proposait, dans le *Journal de thérapeutique,* d'appliquer un vésicatoire sur la pustule préalablement divisée par une incision cruciale. Mais alors la cantharidine ne pourrait-elle tuer les corpuscules virulents après absorption et n'agirait-elle pas comme moyen de destruction ?

Nous n'osons pas nous prononcer sur la valeur d'un moyen dont nous n'avons pas fait l'expérimentation. Il nous est permis, du moins, de nous demander si les pustules ainsi traitées étaient véritablement charbonneuses, si elles n'étaient pas simplement gangréneuses.

Le traitement se rapprocherait dès lors beaucoup de celui que le Dr Jules Guérin préconise dans l'anthrax.

(1) Voir les numéros des 10 avril, 1er et 22 mai et 12 juin.

Faut-il citer tous les *spécifiques* tour à tour vantés et délaissés avec un égal empressement, depuis la fiente de pigeon jusqu'au cataplasme d'oignons blancs, depuis les feuilles de noyer jusqu'au fiel de bœuf desséché au four ?

Faut-il parler des émissions sanguines, reste des doctrines d'un autre âge ?

Nous pensons que l'étude des seuls moyens rationnels doit nous arrêter, et nous abordons immédiatement les méthodes de destruction successivement employées dans nos pays.

On a proposé d'enlever avec le bistouri toutes les parties atteintes et d'appliquer sur la plaie des pansements irritants capables de provoquer la réaction inflammatoire et la suppuration. — On peut ainsi, sans aucun doute, réussir ; mais la difficulté et la longueur de l'opération, la douleur qu'elle détermine, les hémorrhagies qui peuvent l'accompagner, enfin le danger des récidives nous paraissent devoir faire rejeter ce moyen qui, d'ailleurs, est maintenant à peu près abandonné.

La destruction, par les agents physiques ou chimiques, reste seule en vigueur, et il n'y a que ces agents qui varient dans les divers procédés que nous allons exposer.

Tous les caustiques, liquides et solides, ont été successivement vantés ; nous nous bornerons à mentionner ceux dont l'usage s'est généralisé.

L'application des *caustiques liquides :* chlorure de zinc, clorure d'antimoine, acides sulfurique, chlorhydrique, azotique, phénol, etc... est précédée toujours de l'incision qui, suivant les opérations, est plus ou moins large, plus ou moins profonde. La plaie qui résulte de cette incision est bourrée de boulettes de charpie ou de fragments d'amadou imbibés des liquides caustiques. Un pansement simple maintient le tout et n'est levé qu'au bout d'un temps variant de cinq à vingt-quatre heures, suivant la nature du caustique employé.

Avec la potasse caustique, même procédé : on place dans le fond de l'incision un fragment de potasse, on recouvre de charpie et on maintient avec une plaque de diachylon.

Mais tous ces caustiques ayant l'inconvénient de fuser, il est impossible de limiter l'escarre tant en largeur qu'en profondeur. En outre l'escarre plus ou moins molle laisse transsuder du sang ou de la sérosité, et ces liquides dissolvant et entraînant le caustique, coulent sur les parties déclives et produisent ces cicatrices larges, étoilées, accompagnées de rétractions qui constituent de véritables difformités.

De semblables inconvénients étaient cause de l'abandon de ces substances caustiques, quand un

nouveau moyen d'employer la potasse fut adopté par quelques médecins de la Beauce.

Les uns, comme le Dr Bourgeois, d'Étampes, et le Dr Rabault, d'Angerville, appliquent à plusieurs reprises un crayon de potasse en ayant soin de gratter chaque fois, avec une spatule, la portion détruite, et cela jusqu'à ce que le sang coule. Les autres, avec le même crayon solidement fixé dans une pince, frottent l'escarre et les parties voisines en tournant jusqu'à ce que toute dureté ait disparu ; puis tous, dans la cupule qui résulte de l'opération, laissent un petit fragment du caustique, recouvrent de charpie et finissent par un pansement simple.

Ce procédé est incontestablement préférable à l'application simple que je mentionnais plus haut; il ne supprime pourtant pas les inconvénients inhérents à la nature même des caustiques liquides et, malgré les succès obtenus par nos confrères, il ne saurait être recommandé.

Les *caustiques solides* sont plus généralement employés et, parmi eux surtout, la pâte de Vienne et le sublimé corrosif.

Avec la pâte de Vienne, on fait plusieurs applications successives : après avoir placé sur la pustule un morceau de diachylon percé à son centre d'un trou qui règlera les dimensions de l'escarre, on fait une application d'un quart d'heure ; on gratte l'escarre et on applique à nouveau le caustique et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on juge la cautérisation assez profonde.

S'il s'agit du bichlorure de mercure, on excise la pustule et on remplit la cavité produite avec du sublimé grossièrement pulvérisé, on en couvre également toute l'aréole vésiculaire après avoir largement ouvert les phlyctènes. Comme précédemment on empêche le caustique d'agir au-delà des limites convenables par l'application préalable d'un morceau de diachylon percé à son centre, tandis qu'un autre morceau du même emplâtre, recouvert d'un peu d'onguent de la mère, sert à fixer la poudre. Comme toujours aussi une compresse et une bande complètent l'appareil qu'on lève au bout de vingt-quatre heures. (Dr Raimbert).

S'il nous fallait faire un choix, c'est au sublimé que nous donnerions la préférence. Nous avons signalé les inconvénients présentés par la potasse et les caustiques liquides, nous ajouterons, en outre, qu'ils ne sauraient, dans aucun cas, provoquer cette réaction inflammatoire dont nous avons montré, sinon la nécessité absolue, du moins la très-grande utilité. Cette dernière raison nous fera rejeter la pâte de Vienne, bien qu'elle ne fuse pas et que son application soit plus facile.

Le sublimé, au contraire, provoque la phlegmasie éliminatrice ; il produit des escarres denses et épaisses sans que toutefois l'escarrification puisse atteindre une trop grande profondeur. En effet, d'après Raimbert, il formerait avec les liquides plastiques contenus dans les tissus une combinaison définie qui s'opposerait à la propagation de l'action caustique, et l'excès de bichlorure se retrouverait intact sur les parties mortifiées.

Ce n'est pourtant pas au sublimé, plus qu'aux autres caustiques, que nous nous arrêterons et voici les raisons qui nous paraissent devoir les faire proscrire :

1° *Leur action est toujours lente et horriblement douloureuse ;*

2° *Ils ne peuvent être employés dans toutes les régions et même, dans aucun cas, il n'est possible de limiter leur action, qui parfois sera insuffisante, parfois excessive ;*

3° *Ils donnent des cicatrices extrêmement difformes ;*

4° La *réaction inflammatoire, lorsqu'ils la provoquent, est toujours peu intense, sa marche est lente et la guérison se fait attendre plus longtemps.*

Déjà, dans le Journal de thérapeutique, nous avons formulé les *desiderata* que présente l'emploi des caustiques; nous ne pouvons que nous répéter, l'expérience de chaque jour n'ayant fait que confirmer notre manière de voir.

Reste le *cautère actuel*, et nous n'hésitons pas à dire que la *cautérisation ignée, par ses propriétés destructives, hémostatiques, modificatrices et révulsives, est, dans tous les cas, préférable à la cautérisation potentielle.*

On ne saurait, en effet, contester à ce moyen ni sa facilité d'application ni son appropriation à toutes les régions : les modifications de forme et de volume que peut subir l'instrument n'ont de borne que le caprice de l'opérateur.

Nul procédé ne peut lui être comparé sous le rapport de la rapidité de l'action.

La douleur qu'il provoque est moins intense que celle qui accompagne l'application des caustiques.

La modification nutritive qu'il détermine dans les tissus, son action révulsive ont une supériorité qu'on ne saurait discuter.

Enfin les cicatrices que laisse l'application du fer rouge sont infiniment moins apparentes, moins difformes que celles qui suivent l'application des escarrotiques.

La seule objection sérieuse qu'on pourrait faire à la cautérisation ignée est la suivante : l'escarre

qu'elle produit est moins profonde, moins épaisse que celle des caustiques, et les appliquations répétées du fer rouge ne font pas disparaître cette infériorité d'action, le pouvoir du calorique sur les tissus étant entravé par l'interposition de la couche escarrifiée lors de la première application.

Nous répondrons à cela que, si des applications répétées restent sans effet notable, il est un autre moyen d'augmenter l'action du feu, et ce moyen n'est autre que celui qui précède l'application des caustiques : il suffit, avant de cautériser, d'inciser largement et profondément la pustule.

Le but que doit se proposer tout d'abord le chirurgien, est sans doute la guérison, et les modifications du traitement, des procédés opératoires n'ont qu'une importance secondaire : mais une méthode qui, sous le rapport du succès, ne le cède à aucune autre, et qui a, de plus, l'immense avantage de diminuer pour le patient l'intensité, en même temps que la durée de la douleur, qui lui procure une guérison plus rapide, qui le met autant qu'il est possible à l'abri des difformités, ou des infirmités consécutives, cette méthode, nous le disons hautement, doit être préférée.

Son appareil, ses préparatifs pourront paraître effrayants et barbares...... mais l'invention du thermo-cautère réduit encore à néant cette objection. Le petit volume de cet instrument, la facilité avec laquelle on le transporte et avec laquelle il fonctionne, enfin l'avantage qu'il a de ne pas s'éteindre dans les tissus et de donner une action à la fois continue et soutenue, sont autant de raisons qui militent en sa faveur.

Et d'ailleurs l'autorité du médecin sur son malade doit être telle que son avis ne soit jamais discuté, et nous plaindrions sincèrement le client qui s'adresserait à un homme qui n'a pas sa confiance, car il ne pourrait qu'être soigné sans conviction !

Le mode opératoire que nous conseillons est des plus simples : la pustule sera divisée par une incision cruciale, profonde, nette et ne se terminant pas en queue.

Tous les tissus indurés devront être divisés et le bistouri sera porté autant de fois qu'il sera nécessaire pour atteindre les tissus sains. — Le sang qui s'écoule sera étanché avec des boulettes de charpie sèche, et le cautère *rouge blanc* introduit au point de rencontre des deux incisions et plongé jusqu'au fond de la plaie. Les extrémités des incisions sont ensuite cautérisées avec soin, enfin la pointe de l'instrument est portée autour du trou produit par la brûlure afin de détruire les portions superficielles qui auraient échappé lors des premières applications.

Il arrive, quelquefois, que, malgré l'application du cautère, l'écoulement de sang continue ; il suffit alors, pour l'arrêter, de laisser éteindre le cautère dans la plaie, le fer *rouge sombre* ayant une puissance hémostatique supérieure au fer *rouge* blanc.

Le plus souvent la cautérisation ainsi faite sera suffisante ; si pourtant la pustule n'était accompagnée d'aucune réaction inflammatoire, si son aspect blafard avait causé une impression défavorable, il serait bon de porter tout autour des pointes de feu d'autant plus distantes entre elles qu'on s'éloignerait davantage du centre de la pustule.

Enfin, ce qui est rare, si les limites du foyer infectieux étaient mal indiquées, si malgré la cautérisation il y avait lieu de craindre la propagation de l'infection, il ne faudrait pas hésiter à entourer les parties suspectes d'un cercle de pointes de feu se touchant par leurs bords.

La première indication du traitement local : destruction du foyer d'infection, nous semble de cette façon aussi bien remplie que possible. De plus, mettant à profit la méthode dite *substitutive,* nous avons transformé ce foyer en une brûlure ordinaire et, en excitant les tissus voisins, nous avons profondément modifié leur vitalité qui, déjà, diminuait.

Nous n'avons pas encore fini avec la pustule maligne et nous avons à nous occuper du pansement consécutif. — D'autre part, l'œdème charbonneux et le traitement général nécessiteront quelques développements, — nous remettrons donc à une autre fois la fin de cette étude et nous terminerons cette première partie du traitement en rappelant l'aphorisme d'Hippocrate qui reste toujours si vrai :

Quod ferrum non sanat, ignis sanat; quod ignis non sanat, insanabile.

A suivre. Dr A. Gassot.

REVUE D'HYGIÈNE

Encore les nouveau-nés et leur alimentation. — Un peu de démographie : décroissance de la natalité. — Les divers modes d'alimentation. — Leur influence sur la mortalité.

Nous avons reproduit, dans notre dernier bulletin, les conclusions du rapport de M. Devilliers à l'Académie sur l'allaitement artificiel. L'alimentation des nouveau-nés est une question qui nous a déjà occupé. C'est que, pour nous, aucune question n'est plus grave et plus importante ; aucune n'est

plus digne d'étude et ne mérite mieux l'attention du médecin. Aussi sommes-nous décidé à y revenir souvent et à rassembler les notions éparses dans les différentes publications.

La vie dun ouveau-né dépend, bien souvent, des conditions hygiéniques au milieu desquelles il se développe. Aussi n'est-il pas inutile de montrer la diminution graduelle de notre population française. Nous pourrons nous demander ensuite quelle part le médecin instruit devra prendre dans le combat que nous devons tous livrer pour le relèvement de la patrie, pour le relèvement de la population française.

Et, à ce sujet, nous pensons qu'il ne sera pas sans profit pour nos lecteurs de reproduire les conclusions suivantes de la *Démographie* du savant M. Bertillon :

Il me paraît résulter de cette étude, trop succincte, je le crains, dit-il en terminant son beau travail, que la population française offre à l'administrateur, à l'historien, à l'économiste, et surtout au législateur et au philosophe un nombre considérable de faits démographiques, de nature à éclairer l'avenir par la connaissance du passé et du présent, et, par suite, bien propres à montrer dans quel sens il est désirable que soit dirigée la population française en général, et, ce qui est plus pratique, chaque département en particulier.

Quoi de plus instructif, en effet, que de voir les trois grands mouvements qui font la vie des peuples: *nuptialité, mortalité, natalité*, ici croissants, à côté décroissants, ailleurs stationnaires, et, par ces impulsions variées, *concourant diversement au progrès ou au déclin de la nation entière*, soit favorisant, soit contrariant ou diminuant les mouvements de l'ensemble. Aussi que d'enseignements dans cette mortalité française, en général plutôt faible et décroissante, et croissante aussi pour quelques âges, *comme pour la première enfance*. Quoi de plus affligeant aussi, que de constater que la mortalité de nos enfants illégitimes est plus *aggravée* qu'en aucune nation de l'Europe, ce qui laisse deviner, en ce point, la cruauté tacite de nos mœurs hypocrites, comme de nos lois.

De même la mortalité aggravée de nos jeunes hommes de 15 à 20 ans et jusqu'à 30 ou 35 ans; celle si extraordinaire de nos trop jeunes époux, des jeunes veufs ou veuves, décèlent des plaies vives, bien dignes d'attirer les réflexions et la sollicitude de nos hygiénistes et de nos législateurs.

Mais, par dessus tout, c'est ce fait démographique si universellement présenté par tous les départements, si prononcé, si continu depuis le commencement du siècle, et si désastreux, si inquiétant puisqu'il menace *de réduire à une proportion minuscule la nationalité française : la* DÉCROISSANCE CONTINUE DE SA NATALITÉ, son *accroissement* réduit à n'être que le *tiers*, le *quart* ou même le cinquième de celui des Anglais ou des Allemands.

Le mouvement de rétrogradation de la nation française est continu et s'aggrave chaque jour. Notre accroissement n'est plus maintenant, en effet, que de trois par an et par mille ; accroissement vraiment illusoire et dérisoire, dit M. Bertillon, comparé à celui de douze à quinze par an et par mille de nos rivaux, les Teutons et les Anglais !

— Il est presque inutile de rappeler ici les travaux de Monot, de Bertillon, de Brochard sur la mortalité spéciale des nouveau-nés, et, cependant nous voulons encore rappeler quelques chiffres, plus éloquents que de longs discours.

Dans certaines contrées de la France, *la mortalité* des enfants de 0 à 1 an atteint le chiffre effrayant de 90 0/0.

La mortalité générale, pour la même limite d'âge, pour la France entière oscille entre 28, 2 et 21,7 0/0.

L'*Annuaire du bureau des longitudes* donne comme chiffres moyens de la mortalité dans ces 5 dernières années les proportions suivantes :

Première année de la vie.	21 0/0
Deuxième année.	7 0/0
Quatrième année.	3 0/0

Le Dr Bertillon, qui poursuit ses beaux travaux avec tant de courage et une science si profonde, a cherché à établir les chiffres moyens de la mortalité infantile par départements. Nous relevons quelques-uns de ces intéressants résultats.

Les dix départements qui fournissent la *moindre probabilité de mort* dans la première année de la vie sont : 1o la Creuse ; 2o Hautes-Pyrénées ; 3o Ariège ; 4o Manche ; 5o Indre ; 6o Basses-Pyrénées ; 7o Vendée ; 8o Deux-Sèvres ; 9o Vienne ; 10o Haute-Garonne.

Ces départements ne sont cependant ni plus riches, ni plus salubres, mais, dit M. Bertillon, ils sont *d'abord* ceux où l'industrie nourricière mercenaire (on pourrait dire aussi meurtrière) ne s'exerce pas, et *ensuite* les départements où l'on élève le plus d'enfants au sein maternel ; c'est à cela évidemment que la Creuse, département pauvre et médiocrement salubre, doit en partie sa très-faible mortalité.

Les départements où la mortalité enfantine est la plus forte sont compris, quelques-uns dans le

bassin du Rhône, mais la plupart dans le bassin de la Seine ; c'est-à-dire que les départements dans lesquels meurent beaucoup d'enfants sont à proximité des grandes villes (Paris, Lyon, Marseille;) ce sont des départements où l'industrie nouricière a pris le développement le plus grand.

Cette mortalité des nouveau-nés s'est accrue progressivement et régulièrement depuis 1840. Dans ces trois groupes décennaux : 1840-1849, 1850-1859, 1860-1869, la mortalité de 160-172-174, 7 décès par mille naissances vivantes, c'est-à-dire dans le rapport progressif de 100 : 107,4 : 109,2. — M. Bertillon fait remarquer l'aggravation de la seconde période sur la première, et il attribue cette aggravation à la fermeture des tours, l'augmentation de la mortalité sur la première période a été de 7,4, tandis qu'elle n'est de la seconde à la troisième de 1,8.

— Ces quelques ciffres suffiront, nous le pensons à montrer l'intérêt de cette question. Il serait utile de savoir, en présence des différents modes d'alimentation, les chances de mort des nouveaux-nés.

D'après M. le D[r] Maurin de Marseille ce sont les suivants :

10 à 20 0/0	Allaitement mercenaire	à domicile.
20 à 40 0/0	—	hors domicile.
40 à 60 0/0	—	Élevage au biberon.
60 à 80 0/0.	—	Élevage au petit pot.

Il est bien évident qu'il ne faut pas accorder à des semblables proportions une valeur absolue. Il est très possible, cependant, qu'elles expriment la réalité des faits à l'heure actuelle. Mais il s'agit de savoir si, réellement, les 40 à 60 0/0 qui représentent les chances de mortalité de l'enfant élevé au biberon sont imputables à ce mode d'alimentation.

Lorsqu'on établira des statistiques de l'allaitement au biberon, il faudra avoir soin d'établir que l'enfant élevé au biberon, par le fait de la routine, de l'ignorance ou de l'incurie, est soumis à l'usage *très-prématuré* des bouillies, des soupes, etc.

Déjà Levret, en 1746, enseignait que l'usage de la bouillie avait fait périr plus d'enfants en bas âge que toutes les maladies ensemble qui peuvent les atteindre.

Le D[r] Faucon d'Amiens, arrive à conclure, dans un travail sur la mortalité des nourrissons, que dans les 2/3 des cas *au moins*, la mort arrive à la suite des maladies engendrées par le système vicieux d'alimentation, c'est-à-dire par l'allaitement artificiel et *l'usage prématuré de bouillies et de soupes.*

Le D[r] Duclos qui a étudié la mortalité des enfants âgés de moins d'un an dans la classe malaisée du peuple de Rouen s'exprime ainsi : C'est une exception des plus rares de trouver dans la classe malaisée un enfant élevé *entièrement* au sein pendant les six ou huit premiers mois de la vie.

En vingt-un mois, *sur cent-quatre-vingt* enfants âgés au moins d'un an, reçus aux crèches de Saint-Vivier et de Saint-Maclou, *il en est mort cent-un*, soit cinquante-six sur cent. Cette mortalité est due à la *mauvaise nourriture* donnée par les parents.

Nous pourrions donner des statistiques plus effrayantes encore. Ainsi le D[r] Perron, de Besançon, sur cent-quarante-trois enfants élevés au biberon trouve *cent-trente-deux morts*.

Or, pour nous, dans la plupart des cas, cette mortalité formidable dans l'alimentation au biberon tient surtout à ce que, selon l'expression de Zimmermann on farcit l'estomac et l'intestin des enfants d'un aliment qui les empoisonne. Zimmermann accusait ainsi la bouillie et il ajoutait ces paroles toujours vraies : « Mais il serait plus aisé de transporter les Alpes dans les plaines de l'Asie que de désabuser une femme écervelée. »

Et nous allons donner de suite la preuve de ce que nous avançons. Le D[r] Perron, qui trouvait cent-trente-trois morts sur cent-quarante-trois enfants élevés au biberon, ajoute, que forcé d'élever *ses propres enfants*, au nombre de sept, *au biberon*, il les a tous conservés vigoureux et d'une santé parfaite.

Le D[r] Norrat a eu l'occasion de confier à la même femme, âgée de cinquante ans, dix-neuf nourrissons qu'elle a élevés au biberon, deux sont morts et dix-sept se sont parfaitement élevés.

Le D[r] Decaisne dit, de son côté : « Pour moi, l'allaitement artificiel échoue souvent, dans des conditions, en apparence excellentes, par le fait de *cette alimentation mixte* dont nous parlions plus haut. »

L'allaitement artificiel, dit le D[r] Pioger dans un très-bon travail (*De l'importance de l'hygiène dans la première enfance*. Thèse de Paris, 1880), permet de résoudre deux ordres de questions souvent bien difficiles :

1° Les cas d'enfants atteints de syphilis congénitales dont la mère ne peut nourrir.

2° Les cas où la mère ne pouvant nourrir, la famille ne peut payer une nourrice.

3° Le cas de l'assistance publique pouvant, par là même, venir en aide à un plus grand nombre d'enfants, avec les mêmes dépenses.

4º Les dangers évités par les enfants de nourrices trop souvent sacrifiés inconsciemment par ces dernières pour donner leur sein à un enfant qui devient leur gagne-pain.

— Nous ne voulons pas terminer cette revue sans exprimer à notre correspondant le Dr Pargoire combien ses idées nous semblent justes.

L'établissement projeté par le conseil municipal de Paris serait, sans doute, bien mieux situé à la campagne, et l'aération est un des facteurs indispensables de l'hygiène infantile. Pourquoi n'avoir pas choisi un champ d'expérience autre que l'hospice des enfants assistés ?

Nous reviendrons sur cette question dans notre prochaine *Revue d'hygiène*. Dr P.

COURS PUBLIC

Ecole pratique de la faculté de médecine

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE DU Dr CADIER

La Phthisie laryngée *(suite)*.

Période nécrosique.

Les ulcérations, qui sont devenues de plus en plus profondes, envahissent les parties voisines des cartilages du larynx et, enfin, les cartilages et occasionnent des périchondrites et l'élimination ultérieure de ces cartilages. A la suite de cette nécrose des cartilages, la partie du larynx qui y correspond s'affaisse peu à peu, par suite de cette élimination de sa charpente cartilagineuse. Lorsque les articulations des cartilages aryténoïdes sont envahies par le travail inflammatoire, il se produit une ankylose de cette articulation, et, comme conséquence, on constate une paralysie mécanique de la corde vocale correspondante.

A l'examen laryngoscopique, lorsque le travail nécrosique n'est pas très-étendu, on peut voir un gonflement localisé, et en forme de pyramide, avec rougeur très-prononcée de la base de cette pyramide. La présence de ce symptôme permet de diagnostiquer la formation d'un abcès profond, et d'affirmer qu'il se prépare un travail d'exfoliation d'une partie du cartilage. Lorsque la partie nécrosée est plus étendue, elle s'accompagne d'un œdème considérable qui en masque l'évolution, et, dans certains cas, cet œdème peut acquérir des proportions telles qu'une intervention chirurgicale devienne le seul moyen de parer à une asphyxie imminente.

A cette période de la maladie, l'aphonie est complète, la toux éteinte, la respiration difficile, et, quelquefois, il existe un véritable cornage ; enfin, il y a toujours une dysphagie très-pénible accompagnée ordinairement de vomissements. Tout cet ensemble de symptômes aggrave singulièrement la situation du malade, et si les moyens thérapeutiques n'arrivent à en triompher rapidement la mort survient à très-courte échéance.

Marche et pronostic de la phthisie laryngée.

Ainsi que nous l'avons vu, au commencement de cette étude, la phthisie laryngée peut se montrer avant toute manifestation pulmonaire, ou bien survenir lorsque les lésions pulmonaires sont déjà caractérisées.

Lorsqu'elle est *primitive,* il y a deux formes à considérer : dans la première forme l'affection se montre simultanément, sur plusieurs points de l'appareil pharyngo-laryngé. On peut alors assister à l'éclosion d'un véritable semis de fines granulations tuberculeuses qui envahissent, en même temps, ou en quelques jours, les cordes vocales, les bandes ventriculaires, les éminences aryténoïdes, l'épiglotte, le voile du palais, et même quelques points des piliers. Cette forme de la maladie est d'un pronostic très-grave ; on voit, en effet, presque aussitôt survenir des lésions pulmonaires qui évoluent avec la rapidité de la phthisie galopante.

Dans la seconde forme, l'affection est plus discrète, elle n'atteint d'abord que les cordes vocales et suit alors plus ou moins lentement les différentes phases des trois périodes de la phthisie laryngée, que nous avons étudiées dans tous ses détails, et cette évolution est, plus ou moins avancée, par l'apparition, plus ou moins prompte, des signes de tuberculisation pulmonaire.

Lorsque la phthisie laryngée est *secondaire,* elle peut survenir en coïncidence soit avec des lésions pulmonaires du premier ou du second degré, soit avec des lésions pulmonaires du troisième degré. Dans le premier cas, la marche de la maladie est généralement beaucoup plus lente et le traitement se montre beaucoup plus efficace.

Dans le second cas, et surtout lorsqu'il existe, dans les sommets, des cavernes assez nombreuses ou assez vastes, la phthisie laryngée se met rapidement de niveau avec les lésions pulmonaires, et, les deux premières périodes franchies, la période nécrosique survient avec tout son cortége d'accidents graves. Il semble alors que les deux affections se stimulent réciproquement ; et, dans ces cas, loin d'avoir pu remarquer l'espèce de mouvement de bascule que plusieurs auteurs ont admis, j'ai toujours remarqué, au contraire, que toute aggravation dans l'état de l'une des deux localisations semblait être un stimulant pour l'autre et rendait ainsi la terminaison fatale beaucoup plus rapide, et que, par contre, l'amélioration de l'une de ces deux affections amenait souvent une rémission presque aussi sensible pour l'autre. Sans

entrer dans le détail des observations qui ont motivé cette manière de voir, je puis vous citer l'exemple des vomissements occasionnés par les ulcérations de l'épiglotte. Lorsque, sous l'influence des applications topiques locales on guérit, ces ulcérations, les vomissements cessent et rendent possible l'alimentation du malade qui se trouvait entravée par la présence de ces ulcérations, et comme conséquence immédiate, l'état général du malade devient meilleur, ou tout au moins se détériore moins rapidement.

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic de la phthisie laryngée, qui est toujours facile à une période un peu avancée de la maladie, peut présenter, au début, d'assez grandes difficultés, et surtout lorsque l'on se trouve en présence d'une phthisie laryngée, à forme primitive.

Il est important de se rappeler que le début de l'affection a toujours lieu par les cordes vocales et même sur un point limité de ces cordes, à la région qui avoisine le bord libre ; les points malades sont toujours localisés, et l'affection a, dès le début, plus de tendance à s'étendre en profondeur qu'en surface.

En même temps, ou peu après l'apparition de ces manifestations sur les cordes vocales, on voit survenir l'aspect velvétique de la commissure postérieure ; cet aspect velvétique a un grain très-fin, il est d'une coloration blanchâtre et ne s'accompagne le plus souvent que d'un œdème très-peu marqué des éminences aryténoïdes.

A l'inspection de ces symptômes locaux il ne faut jamais négliger de joindre l'examen de l'état général du malade : constater s'il y a perte des forces, perte de poids, fatigues, transpirations fréquentes, et localisées. Enfin, il ne faut pas oublier cette décoloration et cet aspect terreux de la muqueuse de la voûte palatine, car ce symptôme est souvent très-prononcé, dès le début de l'affection.

A la période nécrosique, il serait souvent difficile de faire le diagnostic différentiel avec la laryngite syphilitique (1), mais alors la présence des cavernes aux sommets des poumons vient lever toute incertitude à cet égard.

Je tiens à ajouter que l'on rencontre souvent chez le même malade le cumul des deux affections syphilitiques et tuberculeuses, et j'ai même remarqué, d'après un assez grand nombre d'observations, que presque tous les phthisiques chez lesquels on voit survenir des accidents très-graves du larynx avaient été antérieurement atteints de syphilis ; ne serait-ce là qu'une simple coïncidence de ma statistique personnelle ; je crois plutôt que le cumul sur le même individu, de ces deux états morbides qui, l'un et l'autre, sont souvent caractérisés par des manifestations laryngées, amène presque fatalement des lésions plus précoces et plus graves par le fait même de l'existence d'anciennes lésions syphilitiques qui constituent alors un appel pour la localisation laryngée de la tuberculose.

(1) Par le simple examen du larynx.

Tuberculose miliaire pharyngo-laryngée.

En étudiant l'évolution de la phthisie laryngée, nous avons parlé d'une forme primitive qui est caractérisée par l'apparition rapide et simultanée de nombreuses granulations sur les différents points du larynx et même du pharynx. Dans certains cas, ces granulations tuberculeuses, au lieu de débuter par le larynx, se montrent d'abord sur le voile du palais et les piliers et impriment alors à la maladie une physionomie assez spéciale pour nécessiter de notre part une description particulière.

Au début, les malades éprouvent une douleur, un sentiment de cuisson dans la gorge et de la difficulté pour avaler.

L'examen du pharynx fait alors constater un semis très-abondant de granulations grises demi-transparentes, du volume des œufs de poisson, qui envahissent rapidement le voile du palais, la luette et les piliers, et même les amygdales, et peu à peu ces granulations deviennent plus volumineuses et s'ulcèrent.

Au toucher, on peut sentir un empâtement général de toute cette région et le relief de ces granulations qui sont très-dures peut être facilement constaté. En même temps la douleur et la dysphagie augmentent et le travail ulcératif, limité d'abord aux couches superficielles, envahit peu à peu les parties plus profondes.

L'épiglotte et le larynx ne sont envahis par les granulations qu'à une période assez avancée de la maladie et lorsque déjà le travail ulcératif est très-accentué au pharynx. Cependant la mort survient ordinairement avant que de grands délabrements aient pu se produire, mais alors cette terminaison fatale est le fait, non pas des accidents laryngés graves, elle est causée par les progrès de l'infiltration pulmonaire avec les différents symptômes de la phthisie galopante.

Dans quelques cas, cette affection présente un peu moins de rapidité dans sa marche, mais elle n'en conserve pas moins une marche toute particulière et des accidents de dysphagie qui ont faire dire à juste raison à notre maître Isambert que c'est la forme maligne de la tuberculose de la gorge.

CORRESPONDANCE

—

A propos d'Etamage

Dans la lettre publiée dans le dernier numéro du *Concours Médical* sur la question des honoraires médico-légaux, notre confrère cite le cas d'un malade empoisonné par sa batterie de cuisine dont l'étamage était plombifère. Je profite de l'occasion pour signaler à l'attention de mes confrères, cette particularité trop peu connue, que tous les étamages sont plombifères. Décrochez au hasard une casserole dans votre batterie de cuisine, et faites l'essai de l'étamage, vous serez édifié. Il semble, au premier abord, que la fraude une fois constatée il sera facile de la faire cesser et qu'il suffira de recommander à l'étameur de ne pas le renouveler, Ne vous bercez pas de cette nouvelle illusion : ou bien vous aurez affaire à un homme indigné qui vous répondra avec un sourire dédaigneux, qu'il n'étame jamais qu'avec de l'étain *fin* et que, d'ailleurs, il serait impossible d'étamer autrement, ou bien votre réclamation s'adressera à un artiste habile qui saura en tirer profit; celui-ci feindra une grande surprise, se confondra en excuses et vous promettra d'employer spécialement pour vous de l'étain de choix, de l'étain surfin, moyennant, naturellement, une légère augmentation de prix, 10 à 20 centimes parpièce. Croyez bien qu'il ne tiendra de ses promesses que celle qui consiste à vous faire payer plus cher. Vos casseroles vous reviendront lustrées d'un coup de torchon supplémentaire : mais essayez ce brillant étamage, vous le trouverez identique aux précédents. J'ai essayé de lutter contre ces omnipotents ferblantiers : je m'avoue vaincu. Je mange comme tout le monde, de la cuisine plombifère. Il y a là un danger permanent et très-réel pour la santé publique et ceux qui ont mission de la protéger devraient bien s'en occuper. Non-seulement l'étamage est plombifié, mais encore très-généralement la poterie d'étain. La fraude est devenue tellement usuelle qu'elle est passée inaperçue et qu'elle est même ignorée de presque tous les gens étrangers au commerce des métaux. L'énorme différence de prix entre l'étain et le plomb est la cause première de cette aversion opiniâtre du ferblantier pour l'étain pur : puis ils faut y ajouter certaines raisons pratiques qui rendent la fraude commode, et au dire des intéressés, nécessaire. En ce moment l'étain pur de la meilleure provenance, l'étain Banca, vaut 280 fr. les 100 kilogs, tandis que le plomb en lingots ne vaut que 45 francs ! !

D'un autre côté l'étain pur coule mal, n'a qu'une adhérence faible, nécessite un nettoyage préalable minutieux et ne donne qu'un étamage terne. Mélangé *d'un cinquième* de plomb il devient d'un emploi merveilleusement facile : aussi l'étamage est-il souvent exécuté par *l'apprenti*. Il est plus brillant et dure plus longtemps. — Certains étameurs de profession se servent exclusivement de vieil étain provenant de fourchettes, cuillers, tuyaux, vaisselle, etc. Cet étain est déjà fortement allié de plomb et je suis convaincu qu'ils en ajoutent encore. Je n'ai pas pu me procurer de renseignements positifs à cet égard et je n'ai pas exécuté le dosage qui aurait déterminé la proportion du plomb. Le fait certain, indéniable, que j'ai constaté, à maintes reprises, c'est que le vieil étain est très-fortement plombifié et l'étamage également.

Voici maintenant le procédé à suivre pour faire l'essai d'un étamage.

Grattez l'étamage avec la pointe d'un couteau, de façon à en détacher quelque parcelle qu'on recueille sur une feuille de papier blanc ; mettez cette poudre dans une petite capsule de porcelaine ou dans un verre de montre mince, ajoutez *une* goutte d'acide azotique et deux ou trois gouttes d'eau pure : faites chauffer légèrement à la flamme d'une bougie : quand la dissolution est à peu près complète (il n'est pas nécessaire que tout soit dissous), étendez de quelques gouttes d'eau, puis ajoutez une goutte d'une solution concentré d'iodure de potassium (au 10e environ); immédiatement, la liqueur se trouble et il se forme un abondant précipité jaune d'iodure de plomb ; il n'y a pas d'erreur possible. Quand il n'y a que des traces de plomb, ce *modus faciendi* est défectueux.

Mais je n'ai pas à indiquer ici des procédés précis : il suffit de pouvoir constater la fraude, de n'ajouter aucune confiance aux procédés simplifiés recommandés par les donneurs de recettes des journaux grands et petits, entre autres à celui qui consiste à toucher l'étamage avec une goutte d'acide, puis avec une goutte d'iodure de potassium : l'ineptie de ces recettes n'est égalée que par l'ignorance de ceux qui les publient.

Dr H. M. N° 638.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SUR LA VIE

Nous avons soumis à nos lecteurs quelques extraits des nombreux renseignements que nous possédons sur la *New-York*. La compagnie nous a fourni, spontanément, toutes les brochures que chaque année voit éclore, depuis qu'elle opère en France. Elles contiennent les attaques les plus passionnées. Un examen attentif et impartial nous a permis d'apprécier à leur juste valeur les arguments qu'elles renferment. Rien ne prévaut, pour nous, contre ce fait, incontesté d'ailleurs, d'une compagnie qui date de 1845 et qui, depuis les dix années qu'elle opère en France, a toujours rempli fidèlement les contrats si nombreux qu'elle a consentis. Ils n'ont jamais donné lieu à l'intervention des tribunaux.

Nous avons déjà dit qu'il nous aurait été infiniment plus agréable de traiter avec les compagnies Françaises. Mais nous avons été obligés de constater que tous les médecins connaissent les tarifs, la sécurité, les avantages qu'elles peuvent procurer et que, malgré cela, nos confrères s'assurent peu ou pas. Les tarifs étant invariables, ils ne pourront pas le faire davantage dans l'avenir.

Il y avait donc nécessité absolue de trouver une compagnie d'assurances sur la vie, qui nous offrirait des conditions de nature a déterminer nos décisions.

Nous avons démontré qu'en moyenne, une économie annuelle de trois à cinq cents francs versée à la *New-York* par les membres du Concours médical leur procurerait 1o Une protection convenable de la famille. 2o Une somme considérable touchée par l'assuré lui-même, au bout de vingt années. Ou bien, à cette date, à son choix, un héritage assuré à ses enfants, ou une retraite suffisante, sans versements ultérieurs.

Notre conviction personnelle est entière ; de nombreuses demandes d'assurances nous sont parvenues, ou ont été adressées à la compagnie.

Dans une aussi grave matière, dans une affaire qui engage l'avenir, nous n'avons fait qu'une *présentation* à nos lecteurs. *L'adoption définitive* de la New-York, par le *Concours médical*, ne peut avoir lieu qu'après un examen prolongé. Nous voulons nous donner encore un délai et attendre les objections. S'il s'en produisait d'irréfutables, nous chercherions et trouverions une autre solution de cette question vitale,

Cette période de discussion écoulée, nous prendrons notre détermination définitive et déclarerons la *constitution de la caisse de prévoyance des assurés du Concours médical*. C'est a ce moment qu'on en établira le *Règlement* et *l'Administration*. A. C.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Association locale des médecins de la Nièvre.

L'ordre du jour amène la discussion sur la question des rapports des médecins entre eux.

L'Assemblée adopte le règlement suivant :

Article premier.— Les Médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes dans leurs rapports confraternels, et par conséquent en observant, vis-à-vis les uns des autres, les plus grands égards en actions et en paroles.

Art. 2. — Tout Médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement, en l'absence du Médecin traitant, devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux besoins du moment, et ne faire aucune réflexion sur la médication suivie.

Art. 3. — Il ne devra se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le Médecin traitant.

Art. 4. — Le Médecin appelé en consultation devra s'abstenir, vis-à-vis du malade et de son entourage, de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin ordinaire.

La consultation faite à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole en dehors pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants, est répréhensible.

Le traitement convenu entre les consultants sera appliqué par le Médecin ordinaire ; c'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et des opérations décidés, à moins qu'il ne charge de ce soin un autre Confrère.

Art. 5 — Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé de nouveau ou autorisé par le médecin traitant.

Art. 6 — Dans tous les cas, il ne devra jamais accepter la succession dans cette maladie, soit aiguë, soit chronique.

Art. 7. — Le cabinet du Médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses conseils à tous ceux qui les lui réclament.

Art. 8. — La Société médicale de la Nièvre fera appel aux sentiments de délicatesse de tous les Médecins indistictement pour l'observation de ce règlement.

Elle s'engage à en surveiller l'application parmi ses Membres qui l'ont adopté.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

HÉMORRHAGIE UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Comment expliquer la persistance de l'hémorrhagie chez une femme complétement délivrée et qu'on doit s'attendre, par cela même, à voir désormais à l'abri de nouveaux accidents ? Tous les auteurs d'obstétrique affirment que l'accouchement est le moyen le plus sûr d'arrêter définitivement la perte. Il en est effectivement ainsi dans la plupart des cas, mais non dans tous, parce que le segment inférieur de la matrice, sur lequel le placenta se trouvait implanté et dont la contractilité est naturellement moindre que celle du fond de l'organe, ne se rétracte pas toujours au degré voulu pour oblitérer les vaisseaux utéro-placentaires et maîtriser complétement l'hémorrhagie; celle-ci persiste, légère en apparence, mais à la longue elle peut amener un épuisement mortel chez une femme souvent fort affaiblie déjà par les pertes répétées de la grossesse et du travail.

On le voit, on ne peut se rassurer encore quand la femme est accouchée, et pendant plusieurs heures celle-ci restera l'objet d'une surveillance assidue et de soins empressés.

L'hémorrhagie par insertion vicieuse qui se manifeste après l'accouchement n'apparaît pas, en général, avant ni pendant la délivrance. Le retrait

si fort de l'utérus qui suit momentanément l'expulsion de l'enfant et peut-être aussi l'application du placenta sur les orifices vasculaires suspendent, pour quelques instants, l'écoulement sanguin.

C'est donc seulement après la sortie du délivre que la perte, quand elle doit se reproduire, apparaît de nouveau sous l'influence du relâchement de la matrice qu'on voit survenir en quelque sorte normalement une demi-heure ou une heure après l'accouchement.

La délivrance ne présente ordinairement aucune indication spéciale dans les cas d'implantation vicieuse du placenta, et l'accoucheur y procédera presque toujours à la manière ordinaire. Si, au contraire, l'hémorrhagie persistait après l'accouchement et avant la sortie du délivre, on devrait, d'après le précepte unanime des auteurs, achever de décoller le placenta et s'empresser de l'extraire. L'excitation produite par la main de l'opérateur fait contracter la matrice et détermine un retrait de ses parois auquel rien ne s'oppose après la sortie des annexes du fœtus. Aussi voit-on le plus souvent alors la perte s'arrêter et ne plus se reproduire.

Soit que la délivrance ait été naturelle, soit qu'on l'ait opérée artificiellement, une mesure préventive fort utile qu'on doit prendre avant toute autre précaution, c'est d'administrer, aussitôt après la sortie du délivre, 1 gr. d'ergot de seigle, dose qu'on répétera au bout d'une heure, dans le but de faire contracter fortement la matrice. Aucun cas en obstétrique ne se prête mieux que celui-là à l'usage de ce médicament, qui offre ici de grands avantages et aucun inconvénient.

Il faut également faire coucher la femme complétement à plat, placer sous elle du linge propre, puis avec la main exciter l'utérus à se contracter, en même temps qu'on surveille attentivement la vulve pour juger de la quantité de sang qui s'en échappe.

Si malgré la dureté du globe utérin, l'écoulement sanguin paraît dépasser les limites d'une perte lochiale normale, on peut essayer la compression des gros troncs circulatoires de l'abdomen, pour empêcher l'accès du sang vers la matrice. Le ventre étant extrêmement spacieux après l'accouchement et la paroi abdominale très-souple, il est facile d'atteindre, au-dessus de la matrice, l'artère aorte, qu'on distingue à ses battements, et on comprime sur le rachis avec les doigts de la main gauche qu'on place perpendiculairement à l'axe du corps et qu'on soutient avec la main droite. On interrompt ainsi la circulation dans ce vaisseau tout le temps nécessaire à l'arrêt de la perte, et comme ce résultat peut se faire attendre, on se fait remplacer par un aide quand on est fatigué.

La compression de l'aorte, dont l'utilité est admise en thèse générale, ne réussit pourtant pas toujours à suspendre les pertes qui dépendent d'une insertion vicieuse du placenta. Soit que cette compression soit imparfaite et qu'une certaine quantité de sang circule encore dans ce vaisseau ; soit que les artères ovariques échappent à l'action de la main, la suspension de l'hémorrhagie peut rester incomplète et la malade continue à perdre malgré les efforts de l'accoucheur. En outre, cette manœuvre est fort pénible pour la femme, et produit un froissement du péritoine qui peut, suivant Jacquemier, en provoquer l'inflammation. Il est donc prudent de ne pas la prolonger au-delà d'une demi-heure, et on peut être conduit à la cesser beaucoup plus tôt dans quelques cas pour recourir à une méthode moins douloureuse et plus efficace.

En effet, si la faiblesse et la fréquence du pouls dénotent une déplétion considérable du système circulatoire, à plus forte raison si l'accouchée éprouve de l'abattement et des défaillances, il importe de fermer, sans retard, les voies génitales et de faire cesser une soustraction sanguine qui ne pourrait se prolonger sans amener la mort.

Le tampon se présente donc ici comme une planche de salut. Le tampon de charpie convient encore chez une accouchée, mais un solide ballon de caoutchouc réussit tout aussi bien, et est d'une application beaucoup plus prompte. Cet appareil contribue par une double action à arrêter la perte: d'une part, en remplissant le vagin, il s'oppose à l'écoulement du sang et le retient dans les vaisseaux de la matrice; d'autre part, il irrite l'utérus et y fait naître des contractions très fortes qui ferment les orifices vasculaires. Aussi, après qu'on la appliqué, les femmes se plaignent-elles d'éprouver des coliques plus vives, et la perte ne tarde-t-elle pas à s'arrêter.

Ce précepte de tamponner une accouchée est contesté par quelques médecins qui le considèrent même comme dangereux dans ces conditions. « L'obturation du vagin, dit-on, est rationnelle; elle est utile pendant la grossesse et le travail lorsque l'utérus, rempli par l'œuf, ne peut recevoir une quantité un peu forte de sang dans sa cavité; mais après la délivrance, la matrice étant vide, le tampon ne va-t-il pas favoriser la production d'une perte interne, plus dangereuse que la perte externe ? »

Qu'on se rassure, en effet, la perte inerte chez une accouchée est beaucoup moins à redouter qu'on se l'imagine. Si, en effet, par des excitations manuelles et par l'usage de l'ergot de seigle, on maintient l'utérus contracté, la tension sanguine ne pourra pas vaincre la tonicité de ce viscère, le distendre et donner lieu à une accumulation de sang de quelque importance. Il est du reste facile d'empêcher cette distension de la matrice et la formation d'une perte interne en exerçant sur le ventre une compression méthodique au moyen de serviettes superposées et maintenues par un bandage de corps.

Les dangers supposés du tampon ne sont plus dès lors à redouter. Qu'on y prenne garde d'ailleurs ! Rejeter le tampon du traitement des hémorrhagies qui suivent l'accouchement, n'est-ce pas laisser celles-ci sans traitement sérieux, et exposer l'accouchée aux plus graves dangers?

En effet, les autres moyens de traitement de ces pertes sont si peu sûrs, leur action est si lente, si douteuse, qu'il n'y a pas grand fond à faire sur eux. L'élévation du siége, l'application de sinapismes sur les seins; la ligature des membres supérieurs, les réfrigérants, la compression de l'aorte, n'empêchent pas, dans beaucoup de cas, la per-

sistance de l'écoulement sanguin et l'affaiblissement progressif des malades.

Les injections intra-utérines sont d'une efficacité douteuse et ne sont pas inoffensives si on emploie des solutions acides ou astringentes un peu fortes. Un seul agent, vraiment sûr, le tampon, s'offre donc à ce moment au praticien et on l'emploiera sans crainte, conformément au précepte qu'en donnent Leroux, Chevreul, Baudelocque, etc.

On aura soin de maintenir en place la double application hémostatique (compression du ventre et tampon), pendant huit ou dix heures au moins, c'est-à-dire pendant le laps de temps nécessaire à l'organisation solide de caillots oblitérateurs à l'intérieur des vaisseaux divisés et à l'arrêt définitif de l'hémorrhagie.

Les applications froides sur l'hypogastre et les cuisses deviennent inutiles après l'usage du tampon ; elles sont souvent dangereuses en déprimant encore les forces chez une femme qui a beaucoup perdu.

Même observation relativement aux médicaments hémostatiques qui s'administrent par la bouche (astringents, balsamiques, etc.) Leur utilité, toujours fort problématique à ce point de vue, serait d'ailleurs plus que compensée ici par l'inconvénient de nuire à l'administration des spiritueua et des boissons alimentaires qui peuvent devenir nécessaires à un moment donné.

(D'après une leçon clinique de M. le docteur Bailly).

NOTES CLINIQUES

Les opérations chez les nourrices. — C'est une question encore controversée que celle de savoir dans quelles conditions on peut pratiquer une opération chez une femme qui allaite ; car une femme dans ce cas, sans être une malade, est, comme la femme enceinte, dans un état non physiologique, puisque chez elle le foie est gras, et qu'il y a tendance à la glycosurie ; une légère exagération dans cet état qui est normal chez elle, suffirait à constituer un état pathologique. Chez une malade de son service, M. Verneuil se proposait cependant d'enlever une petite tumeur de la mâchoire, parce que le mal faisant des progrès rapides, il y avait avantage à l'enlever le plus tôt possible. Le point important dans ces conditions, est de savoir ce que deviendra la lactation, car il n'est pas indifférent de la voir se supprimer brusquement. M. Verneuil pense que malgré l'exagération donnée aux résultats de cette suppression par le vulgaire, on peut avoir des craintes à ce sujet, et, pour sa part, il a eu autrefois à opérer une nourrice qui dut suspendre l'allaitement et mourut d'un érésypèle ; aussi a-t-il toujours refusé depuis, d'opérer dans ces conditions. Mais aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, la fièvre traumatique étant supprimée, et les manifestatons locales beaucoup moins à craindre, M. Verneuil ne pense pas devoir garder la même réserve, et estime que, dans les cas urgents, l'opération est beaucoup moins à redouter.

CORRESPONDANCE

— Dr R., à M. M. (Ille-et-Vilaine), 7 juin.
Nous donnerons, prochainement, l'état de la question au sujet du genre d'exercice illégal que vous signalez. Ces atteintes à nos intérêts sont de bien peu de portée, vis-à-vis du préjudice bien plus sérieux que nous causent la concurrence que nous nous faisons entre nous et notre défaut de solidarité. Quand comprendrons-nous tous, que si nous ne finissons par nous unir sérieusemen pour nous assister, nos doléances, sans sanction, ne pourront que nous déconsidérer? Nous savons que vous n'êtes pas de ceux qui parlent sans agir; vous en avez donné des preuves. Mais nous maintenons que notre concert, qu'il s'exécute sous la forme du *Concours Médical*, ou d'une autre façon (peu importe), est seul capable de nous faire arriver à de grands résultats. Notre fonctionnement n'a pas encore un an de durée; ce qu'il a produit, nous prouve surabondamment que le corps médical a le tort essentiel de méconnaître et d'ignorer sa puissance. Que nous là lui fassions un jour toucher du bout du doigt, en ce qui nous concerne; alors les tièdes seront les ardents; les défiants seront les convaincus; chacun nous assisterait de tout son pouvoir et nous aurons créé, tous ensemble, un puissant levier pour faire un grand bien.

— Dr J.-M., à B. (Puy-de-Dôme), 7 juin.
Nous pensons avoir indiqué, dans la correspondance, que vous étiez inscrit. Nous ne pouvons noter toutes les inscriptions, dans cette partie du journal. Nous ne le faisons que lorsque cela nous paraît utile. Vous êtes participant.

— Dr R., à N. (Haute-Marne), 7 juin.
Vous dites : « *J'ai bénéficiée de 45 fr. de réduction sur l'envoi de M. D..., comme membre du* Concours Médical. » Tous nos confrères en viendront à se persuader que ces économies ne sont pas à dédaigner, quand il y a si peu à faire pour les opérer. Si votre police est expirée, vous aurez une économie annuelle de cent francs, en la contractant avec le *Phénix*. Il faut reconnaître que peu de nos confrères sont en état d'en dire autant. Nos sincères compliments. Nous nous préoccuperons des points de vue intéressants, que vous voulez bien nous indiquer.

— Dr V., à St-de-S. (Hérault), 7 juin.
L'inscription de M. L. est faite. Nous comptons sur votre concours sous toutes ses formes et sur le sien.

— Dr P., à A. (Marne), 7 juin.
Soyez assuré que notre service se fait régulièrement et que le fait est celui de la poste. On vous a fait le renvoi.

— Dr D. D., à T. (Ardèche), 11 juin.
Merci de votre communication qui sera utilisée. Envoyé le numéro.

Sommaire du numéro de la *Nouvelle Revue* du 15 juin.

Abonnements : Paris, 50 fr. Départements 56 fr.,

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 26 26 juin 1880

SOMMAIRE:

LE CHARBON.

TRAITEMENT. (*Suite et fin*). (1).

Par la cautérisation, la pustule maligne a été détruite — quel sera le pansement ultérieur ?

Il est assez difficile de formuler une règle absolue.

Certains praticiens veulent que ce pansement soit celui de la simple brûlure; ils concèderont tout au moins que les pansements éloignés doivent être rejetés et que, pendant les premiers jours, il faut une surveillance constante.

Quand la disparition de la *dureté de bois*, quand l'apparition du *liseré borneur* et surtout celle de la *suppuration* auront mis hors de doute le succès de l'opération, le mode de pansement adopté importera peu; mais pendant les deux ou trois premiers jours, c'est aux pansements antiseptiques qu'il faudra donner la préférence.

Si la réaction inflammatoire naturellement vive paraît devoir être trop intense, on pourra se borner à faire des lotions avec l'eau phéniquée, l'émulsion étendue de Coaltar et appliquer des cataplasmes émollients.

Mais si la réaction peu intense a besoin d'être excitée, c'est le pansement à l'alcool, à l'acool camphré ou phéniqué, à l'émulsion mère de Coaltar qui sera adopté.

Plus tard, lorsqu'il ne s'agira plus que de hâter la chute de l'escarre, on pourra, si l'on veut, panser avec les onguents excitants, styrax, canet ou autres. — Si la plaie répand quelque odeur, les lotions au permanganate de potasse, les poudres absorbantes et astringentes à la fois (écorce de chêne, charbon, camphre, etc.) seront employées.

Disons d'ailleurs que la continuation des pansements à l'alcool et autres que nous avons mentionnés tout-à-l'heure peut être préférée ; l'escarre alors se dessèche et finit par tomber quand la cicatrisation est complète.

Il est rare que la cautérisation suivie de ce mode de pansement ne soit pas suffisante. Si pourtant, après une amélioration momentanée, la suppuration n'apparaissait pas et que l'infection, au contraire, parût se propager, il ne faudrait pas hésiter à cautériser une seconde fois et plus énergiquement en entourant la pustule d'un cercle de feu. — On peut dire que ce n'est là qu'une nécessité exceptionnelle : le praticien qui a l'habitude de la cautérisation au fer agit tout d'abord avec l'énergie nécessaire, et le pansement antiseptique achève l'œuvre de destruction.

Sur plus de cent pustules, sept fois seulement la cautérisaiton a dû être répétée, encore s'agissait-il de régions délicates où l'emploi des caustiques était impossible.

Le traitement général, dans la pustule maligne, n'a le plus souvent qu'une importance secondaire; il ne doit pourtant pas être négligé, et d'ailleurs l'ignorance du public fait que bien souvent l'infection générale a commencé.

C'est qu'en effet le patient ne vient parfois nous trouver qu'au bout de cinq, six et même huit jours, après avoir essayé de tous les remèdes vantés par ses voisins ou s'être fait *médeciner* par le maréchal-ferrant du lieu.

Ce traitement varie naturellement avec l'état des malades : si la réaction est naturellement vive, une alimentation légère et quelques préparations diaphorétiques suffiront. Une infusion de bourrache, une potion à l'acétate d'ammoniaque ou bien le jaborandi amèneront une poussée vers

(1) Voir les numéros des 10 avril, Ier et 22 mai, et 19 juin).

la peau qui retardera ou même empêchera la propagation de l'infection.

Dans d'autres cas, ces préparations devront s'allier aux toniques : extrait de quinquina, café, boissons généreuses, etc. C'est qu'alors il faudra donner un coup de fouet à l'organisme défaillant et provoquer la réaction qui fera défaut.

Nous reviendrons d'ailleurs sur le traitement général en étudiant les autres formes de l'infection charbonneuse.

Avec l'œdème et l'engorgement ganglionnaire commencent les phénomènes secondaires, l'étude de leur traitement forme donc la suite naturelle du traitement de la pustule maligne.

Si, dans l'œdème, il était possible de découvrir la lésion primitive, il faudrait sans aucun doute lui appliquer le traitement de la pustule et détruire le foyer primitif. La cautérisation au fer, si elle était praticable, serait encore préférée : sinon le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le sulfate de cuivre, etc., seraient, selon les cas, employés. On comprendra, en effet, qu'une lésion siégeant sur la conjonctive, par exemple, n'est pas justiciable des mêmes moyens qu'une lésion des muqueuses nasale ou buccale.

Mais ce n'est là qu'un cas exceptionnel, et le plus souvent la lésion primitive étant cachée, c'est sur l'œdème lui-même qu'il faut agir. — Rappelons que cet œdème aura été pris le plus souvent pour un œdème simple, au début, et traité par les fomentations émollientes. — Le caractère charbonneux se révèle, quelle conduite faudra-t-il tenir ?

La destruction sans doute et la cautérisation profonde de la région atteinte arrêteraient les progrès du mal : mais la destruction totale est le plus souvent impossible et cette destruction incomplète n'a plus d'efficacité.

Est-ce à dire que ce puissant moyen de modifier la vitalité des tissus doive être rejeté? Nous ne le pensons pas ; il faut encore dans ce cas employer le fer rouge, mais de même que l'œdème diffère profondément de la pustule au point de vue anatomique, de même la cautérisation dans l'œdème devra différer du mode que nous avons adopté pour la pustule maligne. C'est à la seule action modificatrice et révulsive du cautère actuel que nous nous bornerons ; par conséquent au lieu de la cautérisation prolongée et profonde d'un seul point, au lieu de la *cautérisation inhérente*, pour nous servir de l'expression technique, nous conseillerons la *cautérisation transcurrente* ou *ponctuée*, et nous donnerons au pansement ultérieur une plus grande importance.

La seule recommandation que nous ferons sera d'employer un cautère pointu et d'appuyer assez fortement pour intéresser toute l'épaisseur de la peau.

Outre l'action qu'exerce le calorique sur les nerfs de la région œdématiée, cette manière de procéder a l'avantage de rompre les couches impénétrables de la peau, de faciliter l'écoulement au dehors du liquide qui gorge les tissus et de faire disparaître l'étranglement, enfin de permettre une absorption plus facile des médicaments qui constitueront le pansement ultérieur.

Ce pansement doit être antiseptique, mais parmi les nombreuses substances qui s'offrent à notre choix, il en est une qui mérite d'obtenir la préférence : *l'iode*.

L'iode en effet est antiseptique et antizymotique, il est de plus stimulant et fondant, il active la dénutrition ; si nous ajoutons que localement appliqué il est facilement absorbé et que sa transformation dans l'économie en iodure alcalin le le rend dans une certaine mesure inoffensif, sa supériorité se montrera d'une façon évidente.

C'est la médecine vétérinaire qui nous a fait connaître son utilité ; elle a d'ailleurs rendu déjà de grands services à la science pour l'étude des maladies communes à l'homme et aux animaux domestiques, et cette étude du charbon l'a montré surabondamment. — Nous reviendrons sur la méthode interne qu'elle a préconisée quand nous nous occuperons de la fièvre charbonneuse.

Extérieurement, l'iode constituera, en applications sur les régions envahies par l'œdème, le traitement le plus rationnel qu'on puisse conseiller après la cautérisation.

La solution alcoolique étendue et additionnée d'une légère quantité d'iodure de potassium (pour augmenter la solubilité), ou la glycérine iodée seront les préparations préférées.

L'injection hypodermique a été tentée : le moyen peut être excellent, mais n'ayant pas eu l'occasion de vérifier les résultats obtenus, nous ne croyons pas devoir le juger.

Quoi qu'il en soit, l'iode agit topiquement sur la bactéridie qu'il détruit, réveille la vitalité des tissus envahis par l'infection, active la circulation sanguine en enlevant aux hématies la faculté de se coller les unes aux autres et en maintenant la fluidité du liquide sanguin. Son passage dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques entrave d'autant mieux la propagation de l'infection charbonneuse que c'est par ces mêmes vaisseaux et ces ganglions qu'elle s'opère. Enfin la rapidité avec laquelle il s'élimine permet d'en prolonger l'usage et aide encore à débarrasser l'économie des produits septiques qu'elle peut remfermer.

Ces considérations s'appliquent encore à l'usage interne du métalloïde et nous ne pouvons que mentionner l'observation communiquée par M. Renard, vétérinaire à Seune (Côte d'Or), au Recueil de médecine vétérinaire.

Il s'agissait d'une ferme où, en dix ans, vingt-trois animaux étaient morts du charbon. Deux vaches venaient de succomber et deux génisses étaient atteintes. Le traitement consista en bouchonnages énergiques et répétés et en breuvages composés d'un litre d'eau additionnée de deux cuillerées de la solution :

Iode	30 grammes.
Iodure de potassium	60 grammes.
Eau	360 grammes.

Les doses étaient répétées toutes les demi-heures. Le mieux ne tarda pas à se manifester et au bout de trois jours la guérison était complète.

Chaque animal avait absorbé 30 grammes d'iode et 60 grammes d'iodure. Le sang examiné au microscope ne présentait d'autres particularités saillantes que l'aspect framboisé d'un très-grand nombre d'hématies.

C'est là un résultat à noter, car il répond à un reproche grave fait à la médication antiseptique interne. — Il faut, a-t-on dit, pour détruire les microzoaires et les microphytes une quantité telle de la substance que celle-ci constitue un poison véritable.

Car les hématies sont aussi bien détruites que les corpuscules nuisibles. — L'iode n'a pas cet inconvénient, et d'ailleurs n'est-il pas permis d'admettre qu'une quantité moindre du médicament a pour effet d'empêcher le développement et la pullulation des microbes et, par conséquent, de les détruire indirectement puisque leur existence est toujours assez courte?

Revenant au traitement de l'œdème charbonneux, nous conseillons donc après la cautérisation l'iode *intus et extra*. — Le régime, comme dans la pustule maligne, variera avec l'état du sujet, et les diaphorétiques, les toniques, etc., seront conseillés suivant les cas.

S'il s'agit de la *fièvre charbonneuse*, les commémoratifs seuls pouvant mettre sur la voie du diagnostic, il sera bon de balayer par un purgatif les matières suspectes contenues dans le tube digestif, et le purgatif le plus propre à déterminer une spoliation séreuse abondante sera préféré (sulfate de magnésie.)

Ce premier résultat obtenu, on s'adressera encore à la médication iodée, comme étant celle qui peut donner les meilleurs résultats, et comme toujours, les toniques, les stimulants, les diaphorétiques trouveront leur indication.

Nous sommes arrivé à la fin de notre travail : de toutes les données fournies par la genèse ou l'étiologie, par l'anatomie et la physiologie pathologiques, par la symptomatologie, nous avons conclu à l'unité de l'infection charbonneuse au milieu des formes diverses qu'elle peut revêtir ; la même conclusion ressortira du traitement toujours identique à lui-même.

Rappelons-en les lignes principales : le foyer infectieux sera détruit; si l'infection est encore localisée, le but est atteint et les quelques moyens accessoires que nous avons conseillés n'ont d'autre but que d'activer la réparation organique.

Si la propagation a commencé, que les ganglions lymphatiques soient atteints, ou que des œdèmes se montrent, il faudra détruire encore la lésion primitive, s'il est possible, et dans le cas contraire il faudra attaquer la lésion secondaire qui, elle aussi, tendra à reproduire les accidents primitifs et se comportera comme un nouveau foyer : à l'action locale se joindra le traitement général. Enfin, si les lésions précédentes échappent à l'observateur et si les renseignements fournis par le malade font craindre l'infection générale, c'est au traitement genéral qu'il faut immédiatement s'adresser.

Mais ces moyens sont toujours les mêmes et seules les conditions anatomiques que nous rencontrons font varier les méthodes dont nous pouvons disposer.

Aurons-nous contribué à élucider quelque peu la question naguère encore si obscure du charbon? — Ce que nous pouvons du moins affirmer, c'est que cette étude a été poursuivie avec la conviction la plus ferme et qu'elle a eu pour but une expérimentation et une observation sérieuse. — Si nos confrères veulent bien le reconnaître, nous nous déclarons largement récompensé de notre peine.

Dr A. Gassot

P. S. Nous avons nié l'existence de tumeurs critiques dans la fièvre charbonneuse et nous avons repoussé l'existence du *charbon symptomatique :* nous sommes heureux de voir notre manière de voir confirmée par une communication récemment faite à l'Institut par M. Bouley, au nom de MM. Arloing, Cornevin et Thomas.

Ces expérimentations ont établi que le charbon symptomatique de l'espèce bovine était déterminé par un microbe particulier, différant de la bactéridie, pullulant dans les tissus musculaire et conjonctif, et ne se retrouvant que très exception-

nellement dans le sang. Cette affection sort donc du groupe des affections charbonneuses proprement dites.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE.

—

LES HYPOCHONDRIAQUES.

Depuis Molière, chacun sait ce que c'est qu'un hypochondriaque. Mais, à côté de cette notion générale, que de faits imprévus à analyser. Il faut étudier trois malades, car il y a trois sortes d'hypochondriaques.

1° L'hypochondriaque simple qui n'a pas, à proprement parler, de délire et que personne ne soupçonne frappé dans son intelligence.

2° L'hypochondriaque en proie à des troubles sensoriaux et intellectuels.

3° L'hypochondriaque aliéné qui devient très-dangereux quand il est en butte aux idées de persécution.

Examinons avec quelque détail chacun de ces états.

A. Est réputé *hypochondriaque simple* quiconque vit dans des transes perpétuelles au sujet de sa santé ou par crainte de la mort. Si d'abord on n'a rien remarqué, l'éveil ne tarde cependant pas à être donné, peu à peu, il est vrai, car le malade analyse ses moindres actes et bientôt cette attention devient extrême.

Il s'abstient de telle ou telle chose ; il est préoccupé de ses gardes-robes et, dans le but de les faciliter, il prend une dose de certaines boissons spéciales, il fait usage d'un vin particulier, il examine s'il y a des courants d'air ; une porte ouverte devient le sujet d'une préoccupation subite au milieu de la conversation. Qu'il pleuve ou qu'il fasse beau temps, peu importe, il aura toujours son parapluie ou son ombrelle.

Malgré toutes ces précautions; malgré le malaise éloigné, ses sensations anormales ne disparaissent pas. Il veut raisonner son état et il a la prétention d'être son médecin. Voilà qu'il se procure thèses, journaux, livres de médecine. Il cultive surtout la quatrième page des journaux. On lui a vanté un laxatif, un digestif, une liqueur quelconque, une spécialité pharmaceutique et aussitôt il en adopte l'usage. Ce sont ces malades qui font la fortune des spécialités pharmaceutiques.

Après avoir expérimenté eux-mêmes sur eux-mêmes, les hypochondriaques quittent le médicament pour aller voir un médecin avec lequel ils discutent sur la valeur du médicament. Alors de deux choses l'une : ou l'hypochondriaque a confiance en son médecin et il s'attache à lui, ou bien s'il croit que le médecin l'a reçu mal ou froidement, il le quitte.

Les hypochondriaques sont sujets à des préoccupations relatives à l'existence. Toute leur vie est là. Lutter pour vivre, telle est leur devise. Pour mieux étudier ces préoccupations, il est utile de procéder région par région. En passant successivement en revue les principaux appareils, nous verrons qu'il y a lieu d'admettre plusieurs variétés.

Celle relative à la digestion se présente d'abord, car, sur une somme relativement considérable d'hypochondriaques, ce sont les hypochondriaques *digestifs* qui tiennent le premier plan. Exclusivement préoccupés de l'entrée et de la sortie des aliments, ils calculent le nombre de repas ; ils en feront quatre ou cinq par jour ; d'autres fois ils mangent à peine le soir et beaucoup le matin. Ils ne tardent pas à remarquer que tel aliment procure une meilleure nuit, donne des urines plus faciles, des digestions plus rapides. Ils prennent eux-mêmes la direction suprême de leur propre guérison, jour par jour, ils écrivent leur observation, ils ont leur journal. On y lit, par exemple, que les épinards ou le veau rôti leur sont funestes. Qu'on ne l'oublie pas, chaque véritable hypochondriaque a son journal.

Les voilà maintenant entrés dans les excentricités alimentaires, ils se lèvent à certaines heures de la nuit pour prendre une tasse de lait ou de bouillon. Ces hommes dorment mal, ils mangent peu, et par conséquent, ils se trouvent bien de prendre la nuit quelque liquide alimentaire. C'est en réalité un bon moyen de faire dormir et de rappeler le sommeil chez les névropathes, et soit dit en passant, c'est un moyen auquel on ne recourt pas assez souvent.

Les hypochondriaques constipés sont très-malheureux. Ils emploient d'abord des médicaments inoffensifs. Puis ils font usage de ceux indiqués à la quatrième page des journaux, mais ils craignent les réactions de certains purgatifs. Les fantaisies de la constipation traversent leur esprit et les rendent malheureux, bien qu'en général ils soient intelligents et qu'ils appartiennent à un milieu intelligent.

La somme d'intelligence ne prémunit pas, en effet, l'homme contre ces idées relatives à sa santé.

Les médecins sont les pires hypochondriaques, bien qu'ils connaissent la physiologie. Ils s'ima-

ginent avoir un cancer de l'estomac, une tumeur du pylore, etc.

Rien n'est triste comme d'assister un confrère hypochondriaque qui examine sans cesse ses urines, ses matières fécales, qui prend des eaux minérales, se soumet au régime lacté, fait de l'hydrothérapie. Il dit, d'un air sombre et soucieux : Je crois bien que je suis un peu hypochondriaque, mais il y a quelque autre chose. On ne peut que s'apitoyer sur son sort.

Après celles de la digestion, viennent les préoccupations relatives à l'appareil génito-urinaire qui inquiètent énormément les hypochondriaques. Ils examinent, ils contemplent, pour ainsi dire, leurs urines, ils en mettent dans de petits flacons pour le pharmacien. Pourquoi mousse-t-elle ? Pourquoi ce sédiment ? Pourquoi ceci, pourquoi cela ?

Ils ont, eux aussi, un petit journal où ils relatent leurs exonérations intestinales.

Cet autre va tenir une comptabilité en règle. Il urine à huit heures du matin, à neuf heures quinze minutes, etc., etc., total sept à huit fois en vingt-quatre heures.

Le jour suivant il continue, mais la température a baissé, de 30° elle est tombée à 15°, il le note sur son cahier. Un autre jour il est sorti par le brouillard, il a avalé de la vapeur d'eau, il a moins transpiré et il urine davantage. Cette augmentation l'inquiète, comme le lendemain il se tourmentera s'il y a diminution.

Un autre tourment de sa vie, c'est la peur de la pierre, et le voici qui se fait expliquer les signes rationnels de la pierre : besoin impérieux et fréquent d'uriner; urine parfois sanglante; supporter mal la voiture; sensation de chaleur dans le canal après l'émission des dernières gouttes d'urine, etc.

Quand on les lui a ainsi exposés, il dit : Je n'ai pas cela, et il est tranquille pendant vingt-quatre heures; puis il se rend chez un autre médecin pour lui demander de nouveau les signes rationnels de la pierre.

Cependant cet homme est intelligent.

Alors il boit de la tisane de graine de lin, il a une carafe sur sa table de nuit, ou bien il boit du goudron, de la bière avec une eau minérale, en un mot, il fait usage d'une boisson spéciale.

Il sait les inconvénients de l'eau de Vichy qui amène quelquefois la production de graviers phosphatiques, il prend de l'eau de Contrexéville, puis une autre; car il étudie la géographie des eaux minérales. Il examine attentivement l'aspect des urines à la suite de ces diverses boissons.

Une autre variété d'hypochondriaques est fournie par les *syphiliophobes*. Un homme de trente, quarante, cinquante ans, se présente chez un spécialiste. J'ai peur d'avoir des accidents syphilitiques, lui dit-il. On le questionne et on ne découvre rien. Il a de beaux enfants, sa femme est bien portante, etc. Mais il objecte qu'il a le canal de l'urèthre humide, qu'il a des plaques muqueuses à la gorge, qu'il a besoin de se gargariser, que ses cheveux tombent, qu'il a perdu ses dents, n'y avait-il pas trop de mercure dans les médicaments qu'on lui a fait prendre autrefois ? Par le fait, il a le front dégarni, la denture ébréchée, mais c'est un homme de cinquante ans et qui a une existence correcte.

— Que craignez-vous ? lui dit-on.

— Mais j'ai été étudiant, j'ai été jeune à Paris, je ne suis pas tranquille, je crains. Mon enfant a eu telle et telle chose, n'est-ce pas de moi?

On le tranquillise, il est rassuré, mais le lendemain il va consulter ailleurs.

Les spermatorrhéiques constituent aussi une variété d'hypochondriaques. Leur état mental, qui est très-particulier, vaudrait la peine d'une conférence.

Les hypochondriaques à pertes séminales sont très-tristes, ils craignent d'avoir des idées de suicide et ils ont peur. Le vrai spermatorrhéique a des idées de suicide, et, en fait, il se suicide souvent. L'hypochondriaque spermatorrhéique a seulement peur d'avoir des idées de suicide ; en un mot, il a peur d'avoir peur.

Il y a également une variété d'hypochondriaques *cardiaques*.

Ils se plaignent d'oppression et ils ne sont ni essoufflés, ni oppressés après avoir monté votre escalier. Ils accusent des palpitations et ils ont peur de visiter des parents, des amis qui habitent au deuxième ou au troisième étage, ceux-là ont peur pour leur cœur.

Si, par habitude ou par profession, ils montaient à cheval ; ils changent cette habitude ou ils demandent des fonctions sédentaires, car ils ont peur de mourir subitement. Ils savent que les gens qui meurent subitement dans la rue succombent à une rupture anévrismale et non à une attaque d'apoplexie, ou bien leur médecin leur a recommandé de ne pas se faire saigner.

Ils ont dans leur poche des papiers ou des certificats d'identité. Un médecin hypochondriaque que j'ai connu avait dans ses poches de petits carrés de papier sur lesquels il avait écrit : *Ne me saignez pas, vous me tueriez*.

Le soir il les retirait de sa poche et le lendemain matin il les y remettait avec ses cartes de visite et ses autres papiers.

Il y a des hypochondriaques qui se plaignent de eurs *poumons*. Ils toussent et ils crachent sur un plat d'argent. Ils disent qu'ils sont catarrheux, que leurs crachats sont adhérents. Ils portent un cache-nez. En plein été, quand tout est ouvert en chemin de fer, ils relèvent le col de leur habit ; en un mot, ils prennent beaucoup de précautions. Ils parlent à voix basse, ils vont passer l'hiver à Nice, à Cannes, à Amélie-les-Bains ; l'été, ils sont aux Eaux-Bonnes, aux Eaux-Chaudes, à Cauterets, etc. On les connait très-bien dans toutes ces stations. Vous entrez chez eux, ils ont des thermomètres dans toutes les pièces : ils veulent un degré à peu près égal partout, le médecin leur a dit qu'il fallait 13, 14, 15°. Ils quittent une pièce pour entrer dans l'autre parce qu'il y a un degré de moins ou de plus. Enfin ces malades ont des préoccupations relatives à leur genre de souffrance.

Variété cérébrale. — Elle est bien moins fréquente que les précédentes. Ces hypochondriaques craignent la congestion cérébrale ou la folie, ces derniers sont les plus malheureux car ils se rassurent difficilement ; il faut les consoler et ne pas craindre de mentir, *medicus piè mendax*, quand ils viennent vous dire : « Ma mère est morte folle à quarante-cinq ans, mon grand-père s'est pendu à soixante-cinq. » Il y a là une hérédité cérébrale inquiétante, malgré cela il faut les rassurer, les tranquilliser.

Quand l'hérédité n'existe pas, c'est plus facile ; dans le cas contraire, on ment.

Ils étudient la quatrième page des journaux et ils se purgent une ou deux fois par semaine. Se sentant alors plus rassurés, les idées plus nettes et pas de mal à la tête, ils vont au spectacle le jour où ils se sont purgés ou le lendemain, mais ils n'iront jamais la veille. Ils font abus des lavements, ils en prennent tous les matins et souvent le soir avant de s'endormir ; ils provoquent ainsi la formation d'hémorrhoïdes.

Ceux qui ont peur de la folie sont difficiles à rassurer. Ils ont le sourire sur les lèvres, mais c'est un sourire d'emprunt, un sourire d'aventure. Ils vous disent très-bien : Je ne suis pas malade aujourd'hui, mais j'ai peur de le devenir. On les rassure presque.

En général, Molière a été un homme de génie. En créant le type du malade imaginaire, il n'est pas allé trop loin, même quand il lui fait se demander combien de grains de sel il doit mettre dans son œuf et si c'est en long ou en large qu'il doit se promener dans sa chambre. On en dit d'aussi fortes aujourd'hui.

Il a cette femme, cette mauvaise femme, à laquelle il donne tout parce qu'elle le plaint le plus, il dépouille sa fille, qui veut lui persuader qu'il n'est pas malade et il s'irrite contre Toinette qui ne croit pas à sa maladie. C'est un type bien étudié, un type réussi, mais Molière aurait cependant pu y ajouter et le rendre encore plus intéressant.

Le médecin qui soigne un hypochondriaque peut arriver à régner en tyran sur l'esprit de son client, il peut lui faire épouser ses propres haines, ses passions ; il arrive à diriger toutes ses actions, sûr d'obtenir tous les jours quelque chose.

Supposons l'hypochondriaque un homme éminent et le médecin un esprit médiocre, il arrivera que le malade qui a confiance en son médecin se mettra à son diapason, et n'élèvera jamais le niveau de la conversation. Ces faits ont existé et j'ai connu de ces situations-là.

Le médecin entrait, tous les jours, à six heures du matin (son client dormait peu), il allait droit à la table de nuit, examinait l'urine et d'un air grave et solennel. Il y a du gravier, elle est mousseuse, on a bu du champagne, on a... — Mais je vous assure que non, à peine une fois, est-ce que c'est grave, docteur, est-ce que c'est inquiétant ? Ce médecin obtenait tout ce qu'il voulait, je ne veux point faire ici le procès à des confrères, je respecte trop la dignité du corps médical, mais il peut y avoir exceptionnellemeut des hommes indélicats. Le médecin qui dirige l'état mental de son malade, qui s'en est pour ainsi dire emparé, se sert d'abord lui-même, il sert ensuite sa famille, ses amis, il se venge, etc. Quelle peut être la cause de cette fortune, se demande-t-on ? Il n'y a pas d'autre lien que l'hypochondriaque et il n'est pas besoin de s'exciter l'imagination comme Ponson du Terrail.

B. Les hypochondriaques à troubles sensoriaux, atteints d'illusions et d'hallucinations, décrivent avec un langage très-imagé leurs sensations, leurs souffrances. On leur tord l'estomac, ils ont un tison ardent le long de l'œsophage ou au fond de la gorge, etc., etc. Ils inspectent soigneusement leur urine et leurs matières fécales, ils les font analyser. Ils négligent leurs intérêts, leur fortune, s'astreignent à des privations volontaires ; moins ils mangent, mieux ils se portent, disent-ils ; ils deviennent tristes, préoccupés, inquiets, ils dorment mal. Plus tard, ils suspectent leur nourriture ; ceci a tel goût, tel aliment a été mal préparé, etc. On assiste ainsi à la naissance des craintes d'empoisonnement qui sont un des symptômes dominants de la troisième sorte. Ces malades, devenus misanthropes, se séquestrent, ils pèsent ce qu'ils mangent, l'inscrivent dans leur journal, ils prennent actuellement 1500 grammes, avant c'était 1650 ; on y lit qu'ils ont eu une

garde-robe à onze heures. Bientôt, ils arrivent à 1400 grammes; puis à ne plus prendre qu'un peu de lait et de bouillon.

C'est un état très-triste et contre lequel on lutte avec peine. On a peu d'action sur ce malade triste qui se désespère. On conseille les voyages, la campagne, les distractions, ce qui ne réussit pas toujours. En général, ils ne sont contents que quand ils se trouvent avec leur médecin ou quand, assis à leur bureau, ils additionnent la quantité d'aliments qu'ils ont pris.

C. La troisième sorte comprend les *hypochondriaques aliénés*. Ils sont atteints de nosomanie, du délire hypochondriaque associé à des conceptions délirantes mélancoliques et accompagné de crainte d'empoisonnement. J'ai bien souffert après avoir mangé tel aliment, disent-ils d'abord. Huit jours après ils affirment qu'on a mis du poison dans leur nourriture et ils la font analyser. Cette idée qu'on veut les empoisonner revient sans cesse et elle constitue un délire terrible qui se termine souvent par le suicide. Ce malade a tellement peur de souffrir qu'il se tue pour ne plus souffrir.

En général, ces aliénés prennent en horreur leur famille, leurs amis, mais il faut convenir qu'ils font du bien après leur mort. Les prix de vertu, les fondations de lits à l'Assistance publique, etc., ont généralement pour auteurs des hypochondriaques persécutés. Ils ne veulent pas que leur fortune enrichisse leurs ayant-droit, nièces, neveux, etc., et alors ils lèguent leur fortune à l'Académie pour fonder des prix de vertu, à l'Assistance publique, etc. Il faut cependant ajouter que tous les donateurs ne sont point aliénés et que, dans le nombre, il y a des gens vertueux.

Ces circonstances sont bien connues de ceux qui s'occupent de ces questions. Chaque fois qu'un legs survient inopinément, je m'enquiers de l'état mental du donateur et souvent je découvre que c'était un aliéné avec crainte d'empoisonnement.

Quand un médecin est tué ou assassiné, ce qui arrive quelquefois, il l'est par un hypochondriaque halluciné. Le Docteur Bleynie (1) avait soigné un cocher qui se plaignait d'une *fraîcheur*. Il avait prescrit des bains de rivière et la maladie avait empiré. Seize ans plus tard, ce cocher entre boulevard Beaumarchais dans le cabinet du docteur. Vous m'avez empoisonné l'existence, dit-il, et aussitôt il tire un coup de pistolet, puis un deuxième. Heureusement le docteur ne fut pas atteint.

Il y a quelques années un médecin de la Meuse fut assassiné sur une route. L'assassin était un ancien militaire qu'il avait soigné à vingt ans pour une simple uréthrite. En revenant dans son pays, au bout de sept ans, après sa libération, il va se poster sur la route et au moment où le médecin passe, il lui tire un coup de fusil qui le tue raide. Pendant toute la durée de son service militaire, cet homme n'avait présenté aucun phénomène particulier, il était en partant sergent dans les chasseurs de Vincennes. Il a été condamné à dix ans de réclusion.

J'ai eu sur cet individu des renseignements très-précis, quoique je ne l'aie point interrogé. Il croyait que le médecin lui avait fait prendre du mercure et il attribuait à ce médicament la chute de ses dents et de ses cheveux.

Le docteur Guichard, de Troyes, a été assassiné dans ces dernières annés par un individu pour lequel il avait fait un certificat d'aliénation mentale, à la suite duquel on l'avait enfermé dans un asile. Cet assassin, qui s'était servi du poignard, a été condamné à mort, mais sa peine a été commuée.

Il y a quelques jours, un homme traité par moi il y a plusieurs années, est arrivé à Paris, dans l'intention de s'adresser au Président des assises; il voulait déposer une plainte contre le médecin qui l'avait empoisonné avec un bain de moutarde. Vêtu d'une façon très-singulière (un bonnet de coton, une redingote sans gilet, etc.), il était venu à pied. Il venait d'être arrêté par les agents quand je l'ai interrogé. Cet homme avait assez d'excitation pour que j'aie pu être en butte à ses violences dans le cas où il aurait été armé où il serait venu chez moi.

Il faut donc prendre des précautions avec les hypochondriaques hallucinés du goût et de l'odorat. On les infecte, disent-ils, et ils couchent la fenêtre ouverte, ou bien ils lavent leurs habits et les font sécher au soleil. Par peur d'être empoisonnés, ils font eux-mêmes leur cuisine, ils vont chercher leurs aliments chaque fois chez un nouveau fournisseur ; car s'ils étaient connus, on pourrait leur vendre des substances empoisonnées, etc. J'en ai connu un qui ne mangeait jamais chez lui par crainte d'être empoisonné par ses domestiques ; il se nourrissait exclusivement de petits pains qu'il achetait par ci par là. A sa mort il a laissé de l'argent pour fonder un prix.

---

(1) On trouvera ce fait raconté tout au long dans le *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale* (page 795), par M. Legrand du Saulle (Un vol. in-8, Paris, Delahaye).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les tarifs d'honoraires

L'article suivant, déjà bien ancien, exprime d'une manière exacte ce que nous sentons tous, nous médecins, être la vérité, au sujet de l'adoption d'un tarif d'honoraires. L'auteur n'a en vue que l'exercice de la médecine à la ville. Il ne sait pas que son appréciation perd de sa justesse à la campagne. Dans l'esprit de nombre de partisans d'un tarif, cette mesure a surtout pour but, d'offrir au débutant une base approximative pour l'établissement de ses mémoires. Elle tend, pour d'autres, à relever, les taux trop abaissés par une concurrence due au combat pour la vie. Ce relèvement est la seule solution qui puisse nous permettre, en présence de l'augmentation du prix de toutes choses, de vivre décemment, élever nos familles et faire quelques économies pour nos vieux jours.

Il paraît que tout dernièrement les médecins de Ch..... se sont réunis en assemblée, et qu'ils sont convenus entre eux d'adopter, pour les visites et les opérations, un tarif uniforme, qui ferait loi entre eux et les malades. J'ai sous les yeux ce tarif, qu'ils ont fait imprimer de la même façon que les magasins de nouveautés mettent en regard des articles qu'ils tiennent, le prix où ils les cotent.

Les malades sont divisés, selon leur fortune, en quatre classes; la quatrième se compose des membres ouvriers des sociétés de secours mutuels, qui paient le demi-tarif de la troisième classe.

Vous m'interrompez là-dessus : Eh bien? et les médecins. Y a-t-il plusieurs classes de médecins? Il semble que si les malades ont pu être divisés en quatre classes selon leur fortune, ou aurait pu songer à faire plusieurs catégories de médecins, selon leur mérite et leur réputation.

Mais non, tous les médecins sont et doivent être traités sur le même pied. C'est l'égalité des salaires.

Permettez-moi de vous donner une idée de ce tarif :

VISITES.	1re cl.	2e cl.	3e cl.
Visite de jour en ville : 1re visite d'une maladie.	10	6	4
— — les suivantes.	5	3	2
— de nuit (1).	20	15	10
— urgente (2) ou assignée (5).	10	6	4
— aux domestiques (4).	»	»	»
— prolongée (5).	»	»	»
— à plusieurs membres d'une famille logés dans la même maison (1).	»	»	»
— consultative	10	7	5
Nuit entière passée près d'un malade (2).	100	80	50

(1) De dix heures du soir à sept heures du matin.

(2) La visite urgente est celle pour laquelle on requiert le médecin sur-le-champ.

La visite assignée, comme celle pour laquelle on désigne d'avance au médecin le lieu, le jour et l'heure.

(4) La moitié du prix des visites faites à leurs maîtres.

(5) La visite prolongée est celle qui, sur la demande du malade ou pour obéir à une indication, dépasse une demi-heure; elle est évaluée à raison du prix d'une visite ordinaire pour chaque demi-heure en plus.

Il y a de même des prix pour les consultations, les opérations de petite et de grande chirurgie. Le tarif prévoit de même les visites dans la banlieue de Ch., puis à la campagne. Chacun des environs de Ch. est spécifié et a son tarif particulier. Ces messieurs n'ont rien oublié, et chaque malade sait au juste, en appelant son médecin, ce qu'il lui en coûtera pour mourir.

J'ignore si, dans aucune autre ville de France, les médecins ont jamais eu l'idée d'établir un semblable tarif; mais ce que je sais bien, c'est que la publication qui en a été faite à Ch. a excité un grand étonnement dans la population, et a soulevé une très-vive polémique dans les journaux.

On a parlé de coalition; on a même crié au socialisme. L'égalité des salaires était, en effet, un des rêves du socialisme de 1848.

Coalition ! Mon Dieu ! il est vrai que c'est une coalition. Mais je ne vois pas trop en vertu de quel droit on pourrait s'y opposer. Des auteurs dramatiques ont depuis longtemps formé une coalition semblable. Ils ont de même fixé un minimum de rétribution pour leurs produits, et ils ont, grâce à cette entente préalable, asservi les directeurs à leurs tarifs. Jamais on ne les a accusés d'un délit, et lorsque des procès entre auteurs et directeurs ont été portés devant les juges, jamais le ministère public n'a argué contre eux du délit de coalition.

L'égalité des salaires me paraît, à moi, une assez dangereuse utopie. Elle repose sur une base qui est presque toujours fausse : l'égalité des services rendus.

Mais cependant si tous les hommes d'un même métier s'entendent pour être payés de même, c'est leur affaire après tout, et ils sont libres de se donner à eux-mêmes un règlement, qui se trouve par cela même imposé aux autres. Ainsi font les auteurs dramatiques, dont je parlais tout à l'heure; ainsi font nombre de corporations d'ouvriers, et notamment les typographes. C'est la règle pour les fonctions publiques. Tous les professeurs, tous les magistrats du même ordre reçoivent les mêmes émoluments, parce que l'on suppose entre eux une égatité de mérite qui, le plus souvent, n'existe pas.

Nous sommes peu habitués à voir exprimer, d'une façon à peu près impartiale, comme le fait M. Francisque Sarcey, les questions qui touchent à nos honoraires. L'auteur de l'article savait, ou sentait qu'il avait affaire à une classe d'hommes notoirement pauvres et méritants. De là ses ménagements. Pourquoi nous fâcher de ses railleries? S'il était de notre intérêt et de notre goût d'adopter un tarif d'honoraires, il serait bien malaisé que ce tarif n'eût quelque ressemblance avec celui d'un magasin de nouveautés. Si ceci offusque l'écrivain, que ne fait-il campagne contre les lois ridicules qui font, de nous, des commerçants, nous obligeant à la patente, tout en nous refusant les priviléges du marchand ? Que ne réclame-t-il contre l'exploitation du médecin par l'Etat et les particuliers, qui font, sans cesse, appel à notre concours gratuit ? Nous ne cesserons de le répéter : nous voulons bien avoir nos pauvres ; mais tous

(1) Une visite pour le premier et le demi-tarif pour chaque autre malade.

(2) Comme déplacement, sans compter l'opération, la consultation, le voyage, etc.

les pauvres doivent-ils, en équité, vivre de nous? Les pauvres seraient plus riches que les riches, si ces derniers leur donnaient chaque année autant que le plus humble médecin. Nous n'en voulons pour preuve que le passage qui constate que les médecins de Ch... consentent à traiter les ouvriers des sociétés de secours mutuels au demi-tarif de la dernière classe.

M. Sarcey se récrie contre l'égalité des salaires médicaux qui résulterait du tarif d'honoraires, en faisant abstraction du mérite du médecin ; ceci n'est pas exact, car l'adoption d'un tarif ne répartit pas la clientèle, qui va où elle croit, à tort ou à raison, trouver le talent. Le médecin sans clientèle, aurait rarement à faire l'application du tarif ; le médecin de valeur, l'appliquerait souvent et la situation serait sauvegardée.

Il n'y a pas, d'ailleurs, unanimité, loin de là, sur la convenance de l'adoption d'un tarif, qui est d'ordinaire, chose très-platonique.

Que M. Sarcey se rassure; l'ingratitude proverbiale du malade arrivé à guérison, est trop humaine, pour que nous n'ayons plus jamais l'occasion de répéter à nos clients, même en cas de tarif, le *pecunia tua tecum sit :* Que M. Sarcey se persuade que ces tentatives du corps médical, qu'il réprouve, ne sont que l'expression affaiblie d'un profond et général malaise. Il aurait été indigne d'un talent tel que le sien, de faire chorus avec nos vulgaires détracteurs. Ce sont toujours des malades guéris et ingrats, nous leur dirons : *pecunia tua tecum sit.*

En résumé, la création intempestive de facultés nouvelles mal réparties et le service militaire obligatoire qui conduit bien des pères de famille à choisir pour leurs enfants la carrière médicale, vont accroître encore notre nombre. Si nous pensions que l'établissement des tarifs est la panacée de nos maux, nous ne reculerions pas devant l'accusation de coalition. Les petits médecins sont las de souffrir ; ils ont aussi le droit à l'existence.

Mais nous continuons à penser qu'il est préférable de tout demander à l'initiative individuelle. Chaque médecin qui a rendu des services à ses clients, a le devoir de proportionner ses exigences pécuniaires à leurs ressources. Son exemple sera contagieux et se traduira, autour de lui, par l'élévation générale du taux des honoraires. Celle-ci est d'absolue nécessité, pour nous permettre d'occuper, dans la société, la place qui nous est due.

A. C.

II

A propos de l'organisation du corps médical

Monsieur le Directeur.

J'ai lu avec attention, dans le *Concours Médical* (1) les deux lettres de M. le docteur Ridreau, de Baugé, relatives à un projet d'organisation du corps médical, contre l'exploitation éhontée dont nous sommes journellement les victimes de la part du public C'est fort bien dit, nettement exposé et, hélas, trop victorieusement démontré. Quant au remède proposé contre ce mal qui nous ronge, c'est une autre affaire, et ici je regrette de ne plus pouvoir partager les idées de votre honorable correspondant.

En effet, il serait question, si je ne me trompe, d'organiser sur toute la surface du territoire l'usage et presque l'obligation de l'abonnement médical. Est-ce possible? je réponds hardiment non. Pour mieux faire comprendre ma pensée j'examinerai la question au point de vue de la pratique à la campagne et à la ville.

Parlons d'abord de la campagne.

Pour une foule de raisons dont la plus sérieuse n'est pas toujours la gêne, le paysan n'aime pas à débourser son argent, même lorsqu'il le doit. *A fortiori* en sera-t-il de même quand il ne lui sera pas absolument démontré qu'il doit cet argent, ce qui serait bien le cas ici. Supposons par exemple une année pendant laquelle aucun membre de la famille n'aurait eu à requérir les soins du médecin, croyez-vous que celui-ci sera bien venu à réclamer le prix de son abonnement?

Je n'en veux pour preuve, que la difficulté énorme qu'éprouvent les agents d'assurances contre l'incendie, pour faire payer les primes annuelles aux très-rares adhérents qu'ils sont parvenus à recruter, c'est-à-dire, un quart à peine de la population rurale. Et cependant, veuillez le remarquer, il s'agit ici d'un intérêt évident, d'un intérêt de premier ordre, puisque la perte de la maison, ou de la grange est, pour l'homme des champs, la ruine complète. C'est égal, il faut débourser quelques sous, cela ne peut pas prendre. Je pourrais citer bien d'autres cas analogues, mais je désire ne point allonger inutilement le débat. Si donc on peut si difficilement persuader au cultivateur de faire un sacrifice, relativement insignifiant, pour l'économie générale de sa ferme et la conservation de son bétail (toutes choses qui à ses yeux priment les questions relatives à la santé humaine), vous croyez qu'il ira de gaieté de cœur donner tous les ans, une somme déterminée pour s'assurer les soins du médecin ! si encore celui-ci était vétérinaire, on verrait peut-être ! — Mais, même en admettant que notre homme consentît à ouvrir l'oreille à des propositions de ce genre, jamais entendez-vous bien, jamais, vous n'arriverez à ce chiffre énorme de 50 fr., proposé par votre honorable correspondant. M. le docteur Ridreau n'y a certainement pas réfléchi. Ici, je puis encore invoquer mon expérience personnelle. J'ai exercé pendant plusieurs années dans une ville de 12,000 habitants, dont les médecins rayonnaient sur tous les environs jusqu'à 10 et 12 kilomètres : le pays est riche et le cultivateur paie relativement bien. Or, dans une famille que je supposerai composées de quatre personnes, moyenne fort ordinaire, il est extrêmement rare de faire dans une année, même mauvaise, au point de vue de la moyenne, pour 200 francs de visites ; on s'arrange toujours de façon à esquiver la présence du médecin, qu'on n'appelle guère que quand on ne peut pas faire autrement. Sans doute, j'ai connu des médecins qui trouvaient moyen de faire davantage. Mais je n'ai point à parler de ceux-là : ils ont une façon de s'imposer qui ne saurait être du goût de tout le monde et que réprouveront toujours les gens qui se respectent. — Donc, même

(1) Numéros des 10 et 17 avril 1880.

en cas de maladie, on n'arrive que bien rarement au chiffre indiqué par M. Ridreau; encore n'est-on pas toujours payé. Or, s'il en est ainsi pour les années où l'on a eu réellement et effectivement besoin de l'aide du médecin, pensez-vous que le paysan se résignera facilement à payer cette prime élevée, quand il n'aura pas eu à réclamer les soins de l'homme de l'art? cela ne saurait raisonnablement se soutenir; et ici d'ailleurs l'expérience vient encore à l'appui de mon dire.

En effet, cet abonnement médical que préconise M. le Dr Ridreau, il est pratiqué dans certains départements, notamment dans le midi de la France. Eh bien! et ici je pourrais citer de nombreux exemples, il est de notoriété que, tous les ans, le malheureux médecin est en butte aux plus grands ennuis pour le recouvrement des dix pauvres francs (car c'est là le taux ordinaire), qu'il lui faut aller quérir, j'allais dire mendier, de porte en porte, trop heureux quand, après nombre de démarches plus humiliantes les unes que les autres et force de déboires, il parvient enfin à encaisser cette rétribution presque dérisoire. Je ne parle que pour mémoire des exigences de l'abonné qui, pour 10 fr. par an, vous fait aller vingt fois chez lui, le jour et la nuit, à des distances impossibles et par tous les temps. S'ils payaient par visites, il se contenterait certes à bien moins; mais il est abonné, cela ne lui coûte pas un sou de plus, il en veut pour son argent. Il faut donc que le médecin marche, et il marche! — Indépendamment du dommage matériel, croyez-vous, monsieur, que la dignité de la profession gagne beaucoup à ces façons d'agir? Je persiste donc à considérer l'abonnement médical comme une chose irréalisable pour la campagne.

En est-il autrement pour les villes? La question vaut la peine d'être examinée.

Prenons donc pour exemple, si vous voulez, un chef-lieu de département ou d'arrondissement de 15 à 20.000 habitants. Ici les médecins se divisent en deux classes; ceux qui font quelque chose et ceux qui ne font rien. Il y a sans doute des gradations dans cette classification, mais elle est réelle au fond, car, il est bien clair que ceux qui ont une bonne clientèle, les rétribuant largement, n'auront pas la naïveté d'accepter une combinaison dont le premier résultat serait de leur retirer le plus clair de leurs bénéfices; et vraiment on ne peut exiger d'eux pareille chose. Restent les autres. Je veux parler de ceux qui ne font rien ou à peu près. Mais alors ceux-ci retombent fatalement dans les mêmes ennuis que leurs confrères de la campagne, puisque, comme ceux-ci, ils ont affaire à une population plus ou moins besoigneuse, le reste étant naturellement accaparé par leurs confrères mieux posés. En acceptant l'abonnement médical, ils éprouveraient pour le recouvrement de leurs honoraires les mêmes difficultés qu'aux champs; sans compter que par cela même ils se placeraient dans un état d'infériorité relative à l'égard des autres médecins. Ce serait comme une note, indélébile, d'incapacité professionnelle, dont ils auraient bien de la peine à se laver et dont selon toute probabilité, ils supporteraient les conséquences jusqu'à la fin de leur carrière.

J'en ai dit assez, trop peut-être, pour montrer combien est peu praticable à la ville comme à la campagne le système de l'abonnement médical.

Je sais bien que M. Ridreau croit pouvoir obvier à tous les inconvénients que je viens de signaler. Sa panacée consiste dans la création d'une compagnie médico-commerciale, sorte de société dont tous les membres seraient, pour ainsi dire, solidaires les uns les autres, et se prêteraient un mutuel appui. Le médecin aurait naturellement sa place marquée, comme membre des plus utiles de cette société, laquelle aurait l'extrême obligeance de se substituer à lui dans toutes les affaires où sa dignité professionnelle pourrait se trouver compromise. Elle lui épargnerait notamment tous les ennuis inhérents à la fameuse et toujours délicate question du recouvrement des honoraires. Je regrette de ne point avoir saisi complètement les idées que l'auteur du projet expose à propos de cette compagnie dont je ne puis parler, par conséquent, avec connaissance de cause: je crois seulement avoir entrevu que, contrairement à ce qui arrive toujours en pareil cas, au lieu d'exploiter effrontément et cyniquement le médecin, au lieu de mettre en coupe réglée son talent, son dévouement et ses services, cette société d'un genre nouveau, inconnu jusqu'ici, n'aurait pas de préoccupation plus grande que d'aplanir à l'homme de l'art les difficultés si nombreuses qui se dressent à chaque instant devant lui et font souvent de notre profession un martyre inconnu.

Si M. Ridreau parvient jamais à créer une société de ce genre, ce sera assurément un bien grand service qu'il aura rendu aux deshérités de la profession; car pour les heureux, il faut renoncer à l'idée de leur faire accepter une combinaison, dont un des premiers résultats serait, si je ne me trompe, de les mettre sur un pied d'égalité presque complète avec les autres. Or ceci demanderait une dose d'abnégation qu'on n'est en en droit d'exiger de personne. — Mais alors si la société de M. Ridreau ne recrute que des médecins qui, pour une raison ou pour une autre, n'auront pas réussi dans la clientèle, on voit où cela nous mène. Nous retombons dans les mêmes inconvénients que ceux indiqués déjà et la difficulté n'est que reculée.

Il faut savoir se borner. Ces sujets sont vastes et peuvent entraîner loin. Un autre jour, si ces questions peuvent intéresser vos lecteurs, je poursuivrai mon étude et dirai quel serait, à mon avis, le vrai et seul moyen pour que, depuis le commencement de sa carrière jusqu'à l'heure de la retraite, le médecin, arrivât à se créer une situation qui lui permît de ne pas envier le sort d'un domestique bien gagé.

Agréez, etc. Docteur Landry.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA DILATATION PASSIVE DE L'S ILIAQUE, PAR TRASTOUR (DE NANTES).

On fera bien de se souvenir de la dilatation pas-

sive et latente, de l'S iliaque, si l'on veut éviter des erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement, vis-à-vis de toute une catégorie de malades qui, toujours debout, toujours vaquant à leurs affaires, sont néanmoins toujours souffrants et toujours inquiets. Ce sont, en général, des adultes et des gens aisés, on ne les rencontre point à l'hôpital.

Ils sont dyspeptiques, gastralgiques, hypochondriaques ; ils sont oppressés, essoufflés, et transpirent sitôt qu'ils marchent ou font le moindre effort; ils ont des palpitations et des douleurs précordiales; des maux de tête, des vertiges, une fatigue extrême dans le travail intellectuel ; enfin, parfois, ils sont tourmentés par des idées noires et déraisonnables.

Si l'encombrement de l'S iliaque est reconnu par les signes physiques, voici, sans tenir compte des selles régulières, journalières, et même diarrhéiques, ce que je conseille de faire :

1° Convaincre le malade, par le témoignage de ses propres sens, de l'existence d'un état, anormal et latent, du gros intestin, qui peut être la cause déterminante de toutes ses misères, ou du moins y concourir pour une large part. Cet état ne pouvant être soupçonné grave, après les explications données, le malade sera rassuré et disposé à obéir aux prescriptions.

2° Choisir, pour chaque sujet, les moyens évacuants qui conviennent le mieux à son état et à son tempérament.

Cependant je ferai remarquer que l'inertie des fibres musculaires intestinales exige, en général, des purgatifs salins, ou bien une médecine noire, parfois les drastiques. Collées, par des mucosités épaisses, au fond des bosselures intestinales, comme dans des loges isolées, les scybales souvent ne sont point ébranlées par les laxatifs et les purgatifs doux ; un canal central s'établit, et l'on a l'ennui de produire des selles liquides, sans entraîner les matières durcies, dont la matité hypogastrique signale toujours l'immobilité.

En tout cas, quand on est sûr du diagnostic, il faut persévérer, répéter et varier les évacuants jusqu'au déblaiement complet de l'intestin.

J'emploie très-souvent le sel de Seignette (sel désobstruant d'autrefois), à la dose de 35 à 40 grammes, le matin à jeun, dans trois tasses de thé, tous les huit ou quinze jours ; les pilules de podophylle, à la dose de 2 ou 3 centig. avec 5 centig. de savon amygdalin, de noix vomique et d'extrait de jusquiame, chaque matin ou chaque soir; les différents thés purgatifs, à base de séné, ou le séné tout seul (une eau purgative amère, un verre à jeun), le matin, une fois par semaine; quatre à six pastilles de soufre, chaque matin avant de manger.

Les lavements de vin, de séné, d'eau savonneuse ou d'eau froide, ou bien les irrigations multipliées d'eau tiède, dans un bain, sont quelquefois nécessaires. La glycérine, tant par l'estomac qu'en lavement, m'a rendu également des services.

3° Quand l'S illiaque est enfin désobstruée, il faut essayer, en rétablissant la tonicité de ses fibres musculaires et l'intégrité des sécrétions digestives, de prévenir un nouvel encombrement.

Je prescris, dans ce but, la noix vomique, la teinture de fève de Saint-Ignace, les gouttes amères de Baumé, quelquefois le seigle ergoté (chaque jour 50 centigrammes). Les malades étant souvent névropathiques, l'hydrothérapie et l'arséniate de soude, combinés avec les moyens précédents, me semblent souvent utiles. Voici, par exemple, une formule que je donne fréquemment :

Pr. Arséniate de soude..........	0 gr. 25
Teinture de fève de Saint-Ignace.	5 grammes
Eau distillée..............	500 —

Une cuillerée à bouche aux deux repas, avec une cuillerée d'eau sucrée.

La poudre de belladone, à la dose de 3 centigrammes chaque matin avec le premier aliment, convient à d'autres malades : Bretonneau, on le sait, préconisait surtout ce remède.

La poudre de valériane (1 gramme aux deux repas, en cachets) me réussit parfois également.

Bien entendu, avec la marche et l'exercice, je conseille aussi, comme Trousseau, la régularité et l'insistance des efforts de défécation.

Les pressions bien dirigées et méthodiquement faites, les frictions sèches bien exécutées sur l'hypogastre, une ceinture abdominale bien appliquée, ne sont pas inutiles.

L'électricité peut aussi rendre des services dans les cas rebelles.

La remarque que j'ai faite sur la rareté de la dilatation passive de l'S iliaque dans la population hospitalière nous indique aussi l'influence considérable du régime. Comme boisson, aux repas, je conseille souvent l'usage de la bière ou bien l'eau de son avec le vin. Je prescris encore un verre d'eau froide, le matin, au lever ; une tasse d'infusion de feuilles de cassis, le soir, au coucher.

L'usage d'un pain grossier, d'un pain de son, au besoin, des végétaux et des fruits de saison, sera avantageux. J'ai vu, en voyage, des dames anglaises commencer chacun de leurs repas par une orange. Plusieurs personnes auxquelles j'ai conseillé cette pratique en ont éprouvé du bien. (*Revue mens. de méd. et de chirurgie.*)

CORRESPONDANCE

— Dr A. B., 21 juin 1880.

Cher Directeur,

« Pour ma part, je n'ai aucune objection à faire au choix de la *New-York* comme Compagnie d'assurances sur la vie pour les membres du *Concours Médical*. Je reconnais que plusieurs propositions d'assurances sur la vie m'ayant été faites par des agents de diverses compagnies, aucune n'a pu entraîner ma conviction comme le fait en ce moment la New-York. Oui, leurs primes sont trop élevées. Quant aux avantages qu'elles peuvent procurer, ils sont assurément de beaucoup inférieurs à ceux que procure la New-York, qui pourrait à bon droit se

donner le titre de Compagnie Internationale. Si on l'a décriée, si les attaques les plus passionnées ont été dirigées contre elle, c'est non pas qu'elle méritait ces attaques et ces dépréciations, mais qu'elle portait ombrage à des concurrents.

Donc, malgré le délai prudent que vous vous donnez à vous-même, pour vous décider dans le choix d'une Compagnie d'assurances, qui pût convenir à tous les membres du *Concours Médical;* malgré les objections qui pourraient se produire et qui certes ne pourront jamais avoir la valeur de celles que vous avez lues et jugées, dans les brochures des dix dernières années, je m'assure à la New-York, persuadé que vous l'adopterez définitivement sous peu; convaincu d'ailleurs que si ce n'était pas cette Compagnie elle-même que vous adopterez, *vous sauriez bien trouver le moyen de faire profiter les membres du* Concours Médical, *qui se seraient adressés à elle, des avantages de votre caisse de prévoyance.*

J'écris aujourd'hui-même au Directeur, en ces termes : « Monsieur, je ne saurais trop vous remercier de la complaisance et de l'empressement que vous mettez à donner à vos futurs clients, non-seulement tous les renseignement qu'ils vous demandent, mais encore ceux que, faute d'être suffisamment verses dans ce genre d'opérations, ils ne pensent même pas à vous demander et qui pourtant leur procurent incontestablement les meilleurs avantages. Aussi profiterai-je immédiatement de vos excellents conseils, etc. »

Et, en effet, pour le mode d'assurances que je voulais contracter il y avait trois combinaisons possibles. Or, toutes m'ont été exposées, avec une lucidité, un concision vraiment dignes d'éloges.

Je ne puis m'empêcher de trouver beau, le résultat que j'obtiendrai dans vingt ans, avec la dernière combinaison. Jugez-en vous-même :

Agé de 35 ans, je désirais m'assurer à 55 ans, c'est-à-dire dans vingt ans, une rente viagère d'environ 2,400 fr. Or, je pouvais disposer d'ores et déjà d'un petit capital de 3 à 4,000 francs que je ne savais où placer d'une manière avantageuse et sûre.

Faites deux opérations, me dit le Directeur de la New-York :

1° Contractez d'abord une assurance mixte de vingt ans au capital de 10,000 francs. Prime annuelle à verser : 497 fr. 90 cent. à 55 ans, vous échangerez la valeur totale de votre police contre une rente viagère de 2,061 fr. 67 cent.

2° Achetez ensuite avec 3,500 francs, une rente viagère immédiate de 247 fr. 80 cent. Les échéances de prime et de rente étant les mêmes, vous affecterez les arrérages de votre rente au paiement d'environ la moitié de votre prime. De sorte que vous n'aurez à verser chaque année que la somme modique de 250 francs : 497 fr. 90 cent. — 247 fr. 80 cent., plus 250 fr. 10 cent.

Il serait curieux d'établir la même opération avec les tarifs d'autres Compagnies et de constater la différence des résultats. »

— Dr H., 504 (Puy-de-Dôme). 18 juin.

Reçu votre travail. Nous sommes heureux de votre promesse de concours sous toutes ses formes et de votre approbation.

— Dr B., à A. (Puy-de-Dôme), 19 juin. — Dr D., à R. (Pas-de-Calais), 17 juin.

Cette irrégularité va cesser. Merci de nous l'avoir signalée. Il vous est donc bien difficile d'en disposer pour un de vos amis?

— Dr S., à L. C., 17 juin.

Nous vous avons envoyé ce que vous désiriez. Vos encouragements nous sont précieux. Oui, il faut le temps pour la constatation des résultats considérables; mais, comme vous le dites, il dépend de nous, que, par suite de notre solidarité, nous puissions déjà recueillir quelques éléments de bien-être; nous sommes depuis longtemps préoccupés d'un traité de publicité pour le genre de préparation que vous signalez et que, comme vous, nous reconnaissons indispensable et d'accord avec le programme du *Concours.*

— Dr M., 648 (Aube), 18 juin.

Nous ne sommes pas assez assurés de la valeur de cette combinaison financière, pour pouvoir la proposer aux fournisseurs du *Concours Médical.* Rien ne s'oppose à ce que vous procédiez comme vous le dites, vis-à-vis de vos clients; il suffit de les déterminer à ce mode de règlement, qui n'est que le paiement d'une dette encore plus sacrée qu'une autre. Vous dites : « *Si un pays, qui désire avoir un médecin, contractait avec lui un abonnement, même à 3 francs par personne, la situation serait acceptable. Mais la difficulté réside dans le recouvrement, j'ai essayé de l'abonnement, et ai été obligé d'y renoncer pour ce dernier motif et cependant je reste persuadé qu'on arrivera plus tard à l'abonnement général.* »

Il faudrait dans ce cas, que la commune consentît à être garantie du paiement de tous les abonnements; ce qui sera bien difficile à obtenir.

— Dr D., 338.

Vous dites : « *Les docteurs G. et L., à qui j'ai parlé des avantages de notre association, sont disposés à se joindre à nous. Tel qui, au début, a reçu, tout-à-fait en sceptique, les numéros du journal, devient par la suite un des zélés propagateurs et un membre dévoué, etc...* » L'opinion que vous exprimez, avec tant d'autres confrères, nous démontre que la ligne suivie par le *Concours* a quelque mérite. Nous avons tout à gagner à la lecture des lettres telles que les vôtres. Il est encore des adhérents qui, depuis bientôt un an, n'ont pas échangé leurs idées avec nous. Nous les prions, en retour de la bonne volonté qui nous anime, de rechercher plutôt que de fuir ces occasions. Nous savons nous aussi, par expérience, que moins on écrit, plus on a de difficultés à s'y déterminer. Mais tous nous avons une idée à exprimer; pourquoi la tenir sous le boisseau, quand elle pourrait, dans certains cas, être profitable et pratique.

Les inscriptions sont faites. Nous sommes depuis longtemps certains que les numéros sont remis à la poste le samedi matin. *Les confrères qui reçoivent en retard et le lundi, comme vous, devraient bien nous renvoyer les bandes du journal. Ce serait le moyen de réclamation fondée et une raison pour se décider à entrer en relations épistolaires avec le* Concours.

— Dr H.-R., à V. (Ardèche), 18 juin.

Reçu le mandat. Expédié les numéros réclamés. L'adresse est conforme à celle que vous donnez. Prière de reclamer à la poste et de continuer à nous signaler les erreurs, pour qu'il nous soit possible de les réparer.

— Dr G. à C., 461 (Puy-de-Dôme).

Les capitaux assurés comme constitution de dot par la New-York sont payables seulement à l'échéance du contrat, en cas de vie de l'enfant assuré. Il ne peut donc pas être stipulé que, si l'enfant vient à mourir avant l'échéance, le capital sera reversible sur la tête d'une autre personne. quel que soit l'emploi que l'on en ferait alors. Mais vous avez le choix entre deux tarifs: l'un avec condition de remboursement de la prime unique ou des primes annuelles, sans intérêt, en cas de décès de l'enfant, l'autre sans remboursement.

La New-York fait des dotations payables seulement aux âges dix-huit, vingt-un ou vingt-cinq ans; il faudrait donc reporter à 1889 l'échéance que vous désirez.

Dans ces conditions la prime serait, par 1000 francs de capital.

Avec remboursement de la prime.

Prime unique.	713.01
Prime annuelle.	101.89

Sans remboursement.

Prime unique.	645.59
Prime annuelle.	96.49

Les contrats par prime unique sont sans participation aux bénéfices; les contrats par prime annuelle sont avec participation, le dividende étant payé seulement à l'échéance du contrat.

Peut-être auriez-vous plus d'avantage à faire au bénéfice de votre fille une assurance mixte de dix ans dont le capital serait payé à une autre personne que vous désigneriez vous-même si votre fille venait à mourir avant dix ans.

Si vous voulez bien indiquer exactement votre âge la compagnie vous enverra tous les renseignements nécessaires.

Le taux de la rente payable annuellement sur l'âge indiqué par vous de quarante-huit ans et trois mois, est 8 fr. 29 0/0.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 27 3 juillet 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Les dernières communications de M. Pasteur sur le choléra des poules et sur la vaccine semblaient devoir amener une longue discussion. Cependant mardi dernier, après une communication de M. Jules Guérin, M. Pasteur, interpellé pour savoir s'il entendait répondre, a déclaré s'abstenir.

Nous reprendrons cette question pendant que nos académiciens passeront à d'autres sujets.

— M. L. LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Albert Vidal (de Grasse), une pièce pathologique d'un grand intérêt. Il s'agit d'un fœtus venu au monde vivant et couvert de pustules varioliques, sans que la mère, vaccinée, ait jamais subi aucune atteinte de variole. Les pustules, au moment de la naissance de l'enfant, paraissaient arrivées au septième ou huitième jour ; elles étaient plus larges que des pustules de variole ordinaire, mais elles étaient si parfaitement ombiliquées qu'on ne pouvait les rattacher ni au pemphigus, ni à une affection autre que la variole.

L'enfant mourut au bout de quelques heures, mais M. Vidal conserva la pièce qu'il présente aujourd'hui à l'Académie.

M. *Vidal* rappelle seulement ce fait qui peut avoir une grande importance, mais dont il ne se permet pas de tirer aucune déduction : c'est que, d'après les caractères qu'il présentait à sa naissance et d'après les renseignements fournis, l'enfant a été conçu à la fin du mois de novembre ou au commencement de 1870; or, *le père fut atteint de variole semi-confluente dans les premiers jours du mois de décembre* 1870.

La mère avait été vaccinée dans son enfance, et sa santé ne fut en rien altérée pendant le cours de la maladie de son mari, ni après cette maladie.

REVUE GÉNÉRALE

Du pansement antiseptique dans les maladies articulaires

Le pansement de Lister, nous l'avons déjà constaté dans ce journal, a modifié d'une façon profonde et définitive l'opinion des chirurgiens de notre époque sur la gravité de certaines lésions traumatiques.

Les plaies des articulations ont été regardées longtemps comme des lésions d'une extrême gravité. Aussi l'idée d'ouvrir une articulation dans un but thérapeutique est-elle toute récente.

La simple ponction fut même longtemps rejetée comme une opération téméraire. Cependant, déjà, Velpeau posait les indications des ponctions et des incisions articulaires. Depuis lors, Jarjavay, à peu près seul, avait adopté comme règle de ponctionner les épanchements sanguins de l'articulation du genou.

M. Dieulafoy, en 1873, publia dix cas favorables justifiant l'emploi de la ponction dans les épanchements hématiques.

Les observations se sont multipliées et on peut dire qu'aujourd'hui, du moins pour l'épanchem[ent]

(1) Dr PIÉCHAUD. — *De la ponction et de l'incisi[on] dans les maladies articulaires.* Thèse de Paris 1880.

hématique la nécessité de la ponction est universellement admise.

Pourquoi donc les lésions traumatiques des articulations sont-elles si graves? Il y a à cela plusieurs raisons. Nous les résumerons :

On peut invoquer la susceptibilité des séreuses qui souffrent difficilement le contact de l'air. On doit voir dans la disposition même des parties constituantes une disposition aux accidents inflammatoires. La synoviale forme, en plusieurs points, des culs-de-sacs, qui retiennent le pus. Elle est, sur sa face externe, maintenue par des liens fibreux qui s'opposent jusqu'à un certain point, à sa distension. Avec elle se trouvent en communication des diverticules appelés synoviales tendineuses et musculaires. Que les liquides inflammatoires viennent à développer la cavité synoviale, une tension énorme s'en suivra, des fusées purulentes pourront se produire dans les gaines musculaires, les extrémités osseuses, en contact avec le pus, perdront leur cartilage, et fourniront à leur tour des éléments au travail de destruction suppurative.

Ce sont encore là des lésions simples liées notamment à la structure de la région. D'autres en découlent; décollement périostique, nécroses, hecticité par suppuration, infection purulente, phlébite.

Ces lésions ne sont pas les seules qu'on puisse observer.

Outre ces désordres dus à la suppuration, l'arthrite a encore d'autres inconvénients, ainsi on observe l'ankylose dans ses diverses formes, depuis la roideur jusqu'à l'adhérence plus ou moins complète des surfaces. Quelquefois même le chirurgien la recherche et s'estime heureux de l'obtenir.

Ce sont là les dangers inhérents à une plaie articulaire. Rappelons d'autre part les accidents des plaies, en général. Car, étant donné, d'une part, les accidents imputables à une plaie articulaire, d'autre part, les accidents qui sont inhérents à toutes les plaies, nous devrons nous demander si le pansement employé obvie à ces divers dangers.

Un fait jusqu'à ce jour est resté sans discussion : la réaction inflammatoire qui suit l'intervention chirurgicale. Peu de temps après l'opération, douze, vingt-quatre heures au plus, la température s'élève et, par une progression croissante, elle peut atteindre un chiffre assez élevé : le moignon, s'il s'agit d'une amputation, est tuméfié, un peu douloureux ; au niveau des sutures, il existe de la tension comme si la plaie tout entière était le siège d'une congestion active énergique et d'une exhalation séreuse notable : on voit en effet s'écouler dans ces premières heures, assez souvent, une grande quantité de sérosité. Mais la suppuration ne tarde pas à s'établir, elle est plus ou moins abondante : limitée et d'un écoulement facile, elle n'a d'autre inconvénient que de retarder tout au moins la guérison ; abondante et mal dirigée par le pansement, elle va devenir la source de toutes les complications possibles, les sutures, s'il en existe, devront être enlevées, des abcès voisins devront être ouverts ; enfin l'issue du traumatisme pourra devenir fatale.

C'est la fréquence de ces accidents nécessairement, ou à peu près, obtenus par les anciens pansements avec la charpie, par les pansements simples, en un mot, qui, depuis plusieurs années, a produit une réaction si énergique de la thérapeutique chirurgicale ne faveur de la méthode antiseptique dont les pansements de Lister, de Verneuil, de A. Guérin sont aujourd'hui l'expression. Qu'obtient-on en effet par le pansement antiseptique où non-seulement la plaie, mais tout ce qui la touche jusqu'à l'air ambiant, est purgé des causes de fermentation et d'infection?

Peu ou pas de réaction : *la température reste égale, le malade ne souffre pas : la fièvre traumatique est légère*. Quand on découvre la plaie, on la trouve exempte de gonflement, les bords en sont nets comme ceux d'une plaie récente.

Le résultat le plus important obtenu par le pansement antiseptique est l'absence, ou tout au moins la diminution de la suppuration. Aussi le pansement antiseptique doit-il s'imposer dans la chirurgie des articulations.

« Les plaies articulaires chirurgicales ou autres sont *innocentes ou très-graves*. Il n'y a pas de milieu. L'absence de suppuration, c'est l'innocuité. La suppuration, c'est la mort du malade neuf fois sur dix, plus peut-être. Tout le problème est donc dans le mode d'intervention. Chercher la réunion primitive par l'occlusion parfaite, le pansement ouaté ou tel autre moyen, est à mon sens la seule conduite du chirurgien prudent qui est contraint d'ouvrir une articulation ou qui a à soigner un blessé dont une articulation est ouverte (s'il est appelé à temps). » (Professeur Azam, *cité par M. Piéchaud.*)

La thérapeutique doit donc se préoccuper des moyens les plus directement favorables à la prophylaxie des accidents septiques ou de suppuration qui peuvent naître sur les plaies, et il n'est plus à prouver aujourd'hui que les meilleures conditions se trouvent réalisées par la méthode antiseptique.

Nous avons montré les dangers des plaies articulaires ; nous venons de voir, en quelques mots, les

immenses avantages du pansement antiseptique, il nous faut maintenant examiner les principales lésions des articulations et discuter le meilleur mode de traitement. On peut, en effet, se contenter de la simple ponction, ou au contraire, ouvrir largement l'article et pratiquer l'opération connue sous le nom d'arthrotomie.

Dans un excellent travail, M. le Dr Piéchaud a passé en revue les différentes lésions articulaires et il a résumé pour chacune d'elle l'état actuel de la science.

Nous examinerons avec lui quelques-unes de ces lésions articulaires et la thérapeutique qu'il convient d'adopter.

Des épanchements traumatiques de sang. — Les premières observations publiées sur la ponction dans les épanchements traumatiques de sang ont été mal accueillies. Jusqu'à Jarjavay on n'avait pas osé porter le trocart ou la lancette sur une articulation distendue par le sang après un traumatisme, peut-être connaissait-on peu la pathogénie et les symptômes de cette complication des contusions violentes. Mais, depuis lors, les observations se multiptiplièrent et aujourd'hui on peut tirer des conclusions d'un nombre imposant d'observations.

Quelles sont donc ces conclusions et quelles objections pourraient leur être adressées?

La ponction dans l'épanchement traumatique de sang est innocente.

Une ponction seule, deux au plus suffisent.

La guérison qui suit la ponction est rapide et les mouvements de la jointure sont absolument conservés.

La première objection qu'on pourrait adresser à la ponction, est ici l'inutilité d'une opération dangereuse en présence d'un simple épanchement de sang qui sera par la suite soumis à un travail de résorption graduel. Mais d'abord la ponction est inoffensive et ensuite si le sang se résorbe, il se résorbe avec une lenteur telle qu'il n'est pas permis de voir revenir l'articulation à sa fonction normale.

Un homme subit une entorse violente du genou dit M. Piéchaud, ou il tombe brusquement sur le sol et le genou porte le poids du corps et subit la violence ; de la douleur apparait puis se calme. C'est seulement quelques heures plus tard, souvent le lendemain après le repos de la nuit, beaucoup plus rarement de suite après l'accident que du gonflement survient. Ce gonflement est quelquefois très considérable, les culs-de-sac de la synoviale distendus se dessinent et la fluctuation est évidente. En même temps que le gonflement, de la douleur très vive se produit, douleur atroce dans certains cas. Voilà rapidement résumée la symptomatologie de l'affection.

Chez un blessé se présentant dans ces conditions il faut pratiquer la ponction le plus tôt possible; il guérira après une ou deux ponctions en quinze jours ou un mois, et après la guérison le genou sera tel qu'il était avant le traumatisme.

Si la ponction n'est pas faite, il n'aura pas encore recouvré la liberté de ses mouvements après de nombreux mois de repos, et on devra se demander quelle issue est réservée à une affection désormais chronique.

La ponction obtiendra facilement tout le sang épanché, même après trois et quatre jours, mais au-delà les caillots pourraient s'opposer à l'issue facile du liquide, aussi faut-il ponctionner le plus rapidement possible. Lorsque des caillots existent, M. Labbé n'hésite pas à se servir de la lancette. Par l'ouverture plus large la masse sanguine s'écoule plus facilement.

En résumé, conclut M. Piéchaud, l'innocuité de la ponction, la rapidité de la guérison, le soulagement immédiat des douleurs, et surtout la fonction conservée, rendent indispensable la ponction du genou. Si l'on ajoute que toutes les précautions antiseptiques employées aujourd'hui tendent à diminuer encore les chances d'insuccès qu'on pourrait redouter, on n'hésitera plus comme Schede à pratiquer la ponction du genou, même dans les cas d'épanchement sanglant.

La ponction une fois pratiquée, nous inclinerions volontiers pour la compression au moyen de l'appareil ouaté. Ainsi toute chance de retour de l'épanchement se trouverait évitée. (*A suivre*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de variole.

DE L'EFFICACITÉ D'UN BON VACCIN. — DE L'INFLUENCE DE LA REVACCINATION ET DE SA NÉCESSITÉ.

Il y a deux ans environ, M. C..., âgé de cinquante-quatre ans, filateur à Albert, vacciné avec succès mais non revacciné, au retour d'un voyage à Paris, est pris tout à coup, le 21 mai, au milieu d'une pleine santé, d'accidents généraux graves, — (l'état sanitaire de notre ville était excellent; il n'y avait aucun cas de variole, même légère).

Les principales douleurs proviennent d'une affreuse céphalalgie qui, pendant trois jours, ne lui laisse aucun repos. Enfin le quatrième jour apparaît l'éruption variolique la plus confluente qu'on

puisse voir. A dater de ce jour la maladie suit une marche régulière, mais autour de notre malade se développent d'autre cas de variole qui ont une marche différente chez les divers sujets qui en sont atteints.

Ceux qui sont frappés ont donné des soins à M. C..., et c'est au milieu de ces victimes que l'on peut constater l'influence de la vaccination et de la revaccination.

1° M. Edouard C..., et madame sa sœur, devant rester continuellement auprès du malade sont revaccinés immédiatement par moi.

Le vaccinifère est un enfant de belle venue; l'opération faite de bras à bras ne donne aucun résultat. Ils ont pu rester au milieu du foyer jusqu'à l'époque de la guérison complète sans donner prise à la maladie.

2° Le nommé Pie Alexandre, âgé de cinquante-cinq ans, contre-maître, ayant assisté M. C... pendant les premiers temps de son affection est obligé de s'aliter. Fièvre intense, chaleur mordicante, douleurs lombaires intenses, céphalalgie violente, vomissements bilieux.

Le même état se prolonge pendant trois jours; la soif est ardente, les douleurs de tête affreuses, les vomissements pénibles.

J'annonce une accalmie en faisant espérer, en assurant même l'éruption pour le quatrième jour. Ce jour, en effet, il y a un mieux notable, mais toujours pas d'éruption; le cinquième jour notre malade se dit guéri; il demande à manger et peut se lever. Il nous apprend alors qu'il a été revacciné à l'âge de vingt-sept ans, que cette opération pratiquée pendant qu'il était au service militaire a pleinement réussi.

3° Le nommé T..., concierge, cinquante ans, constitution affaiblie, est pris à peu près, au même moment, d'une fièvre intense, de vomissements, de courbatures, de délire apparaissant par intervalle. — Notre diagnostic est fait immédiatement. Nous annonçons une variole. Le deuxième et le troisième jour les symptômes vont en s'aggravant. Le quatrième jour, rémission marquée, mais pas encore d'éruption; enfin le cinquième jour elle fait complètement défaut. Le malade demande à se lever; quelques jours après, son rétablissement était complet.

Notre malade nous apprend alors qu'il a été, il y a vingt ans, atteint de variole, dont il conserve, en effet, des traces indéniables.

4° La demoiselle T..., fille du précédent, âgée de trente ans, de constitution robuste, ayant des cicatrices vaccinales bien marquées, est prise, pendant la même période, des mêmes accidents que nous avons déjà décrits. Le quatrième jour apparaît en éruption varioloïque non confluente. Les pustules sont plus nombreuses sur la face que sur les autres parties du corps. La maladie évolue en quinze jours.

5° Le nommé Vast, non revacciné, âgé de trente-deux ans, comptable à la filature, offre en même temps des symptômes identiques, il reste pendant quelque temps atteint d'une varioloïde bénigne.

6° Enfin la nommée M..., ayant soigné la concierge, n'ayant pas été revaccinée, est atteinte des accidents qui annoncent le début de la variole; en effet, le quatrième jour, apparaît une éruption varioloïque bénigne.

Nous avions pris immédiatement toutes les précautions nécessaires pour empêcher autant que possible le foyer de s'étendre aux ouvriers nombreux de cet important établissement; aussi ces personnes seules ont été atteintes qui avaient été en rapport avec M. C..., le premier frappé.

De ces faits, ressort éclatante la nécessité de la revaccination; chacun d'eux la proclame :

D'abord M. C..., la première victime, vacciné avec succès, mais n'ayant jamais subi de revaccination, prend la variole pendant un voyage sans s'être trouvé dans aucun foyer apparent. En a-t-il pris le germe en plein Paris, ou ce qui est probable, en chemin de fer, dans un compartiment occupé précédemment par un varioleux incomplètement rétabli? Il est nécessaire de constater que cette variole, si confluente et si grave, n'a donné naissance qu'à des varioloïdes très-bénignes, quoique précédées de symptômes précurseurs violents. Les personnes frappées étaient-elles encore sous puissance d'un premier vaccin?

En second lieu le frère, M. Edouard C..., madame sa sœur, vaccinés avec succès, revaccinés sans résultat, vivent indemnes au milieu de ce foyer.

Enfin le sujet de notre seconde observation, revacciné avec succès à l'âge de vingt-sept ans, ainsi que celui qui fait l'objet de la troisième, qui porte les marques d'une variole ancienne, échappent tous deux à l'éruption annoncée par les prodromes les plus sérieux.

Nous voyons donc dans ces faits qui s'enchaînent: 1° l'influence du vaccin; 2° la nécessité de la revaccination; 3° l'immunité apportée par la revaccination ainsi que par une variole précédente.

Dr Legoux.

Médecin de l'hôpital d'Albert.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE

A propos des hémorrhagies utérines

A monsieur le rédacteur en chef du Concours médical.

Très-honoré confrère,

Je suis avec la plus grande attention tout ce qui se publie sur les hémorrhagies qui précèdent, accompagnent ou suivent les accouchements compliqués d'insertion vicieuse du placenta sur le col, et à chacune de ces publications je m'étonne de plus en plus en voyant dans quelles étroites limites on s'efforce de renfermer ce qu'on est convenu d'appeler l'état actuel de la science.

Ce n'est pas seulement de l'étonnement, mais

bien une profonde stupéfaction qu'a provoquée chez moi la lecture de l'article consacré dans votre estimable journal à cette importante question, lorsque j'ai vu que cet article avait été inspiré par une clinique du professeur Bailly.

Il est certainement permis aux professeurs de Paris d'ignorer les travaux de la province et je n'ai ni le droit ni l'intention de m'en plaindre, mais le professeur Bailly ne saurait exciper de cette ignorance. En effet il a publié, il y a trois ans, dans le *Bulletin de thérapeutique* une série de leçons sur le placenta-prœvia et, à la suite de ces remarquables communications, je fis paraître à mon tour, dans le même journal, plusieurs articles sur l'emploi du *double ballon hémostatique et dilatateur utérin*, article que M. Bailly n'a pu ignorer et, aujourd'hui, si je n'ai pas le droit de me plaindre que l'éminent professeur n'ait pas adopté une méthode que je n'ai pas la prétention de lui imposer, je crois pouvoir affirmer qu'au nom de la science et de l'humanité, il devait au moins la discuter et prouver qu'il ne rejetait pas, de parti pris sans examen, un moyen qui a fait ses preuves et qui, vos lecteurs vont pouvoir en juger, ne soulève aucune des objections dont sont passibles, de l'aveu même du savant professeur, les moyens qu'il préconise.

Le double ballon, comme son nom l'indique, est composé de deux ballons reliés entre eux et susceptibles d'être injectés isolément par deux tubes dépassant la vulve. De ces deux ballons l'un est inférieur l'autre supérieur; le premier a des parois épaisses, c'est un ballon Gariel; il est destiné à remplir la cavité vaginale et à servir de support au ballon supérieur. Ce dernier est très-mince, il doit avoir une grande capacité.

L'appareil, constitué par ces deux ballons, est introduit dans le vagin au delà de l'anneau vulvaire; on injecte avec de l'eau ou on insuffle avec de l'air le ballon inférieur qui commence à distendre le vagin. Lorsqu'on injecte à son tour, mais avec de l'eau, le ballon supérieur, il constitue une masse souple, gélatiniforme, susceptible de se mouler exactement aux cavités dans lesquelles il est renfermé. Bientôt il va achever de distendre et de remplir la cavité vaginale: puis, traversant le col, il pénètre dans l'utérus qu'il distend et remplit à son tour, en s'appliquant de la manière la plus exacte sur tous les vaisseaux divisés, dont il obture mécaniquement les orifices, sans l'intermédiaire de ces caillots dont parle M. Bailly, de ces caillots dont la formation essentiellement aléatoire ne peut avoir lieu qu'aux dépens d'une nouvelle quantité de sang soustraite à la malade. Cet arrêt mécanique de l'hémorrhagie est d'ailleurs essentiellement temporaire, la présence du double ballon réveille bientôt des contractions énergiques qui en amènent physiologiquement la cessation définitive.

Avant d'arrêter l'hémorrhagie post-puerpérale, le double ballon est déjà intervenu pendant l'accouchement et, par le même mécanisme, il a favorisé la dilatation du col, a permis à l'accoucheur d'assister en parfaite sécurité à cette première période si généralement redoutée, et de voir la dilatation se compléter sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang.

Dans les cas d'hémorrhagies post-puerpérales dues à l'inertie de l'utérus, le succès n'est pas moins prompt et infaillible, le ballon supérieur remplit l'utérus, le distend, pénètre dans les sinus utérins, arrête instantanément l'hémorrhagie avec autant de certitude qu'on suspend l'écoulement d'un tonneau en fermant le robinet ; mais, de plus il reconstitue le gravidisme, les fibres utérines également distendues se contractent avec la plus grande énergie; si on ouvre le tube en ne lui donnant pas une position déclive, mais en maintenant son extrémité au-dessus du niveau de l'utérus on voit le liquide s'élancer sous la forme d'un jet vigoureux, il est ainsi expulsé jusqu'à la dernière goutte: on retire alors le ballon complètement flasque et exprimé ; on a la certitude que la cavité utérine est complètement effacée et l'on sent ce cylindre dur, rénitent, énergiquement contracté, dont on a tant de peine à déterminer la formation à l'aide des moyens ordinaires.

J'aurai prochainement l'honneur de vous adresser un travail complet sur le double ballon, sur les nombreuses indications qu'il remplit en obstétrique et en gynécologie, je vous serai très reconnaissant si vous voulez bien en donner l'analyse à vos lecteurs qui, par le court exposé que je viens de tracer, sont peut-être déjà convaincus que cette méthode a quelques droits à ne pas être passée sous silence et à être sérieusement examinée ou discutée.

D^r. CHASSAGNY.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Association des médecins de l'Oise.

Le dimanche, 20 juin, avait lieu à Pierrefonds, une des quatre réunions annuelles de la société. Pour la seconde fois, l'assemblée a eu la bonne fortune de la présidence de M. Henri Roger. Le Président général, a prononcé, durant le repas, une de ces allocutions familièrement spirituelles dont il a le secret. Comme d'habitude, il a provoqué des applaudissements unanimes.

« Mes chers co-sociétaires.

Vous m'aviez fait si bon accueil à ma première visite dans l'Oise, que je vous en devais une seconde ; aujourd'hui je me souviens et je vous reviens.

C'est une heureuse et salutaire idée que de changer ainsi le lieu de vos réunions et de vous entrevisiter tour à tour dans les principaux sièges de votre belle et amicale société. Il est bon de promener et de montrer partout le drapeau de l'association, qui est celui de l'honorabilité et de la confraternité professionnelle et d'en offrir à tous les dignes l'abri tutélaire.

Permettez-moi de porter un toast à votre chef élu M. le docteur Millot qui, ici comme à Raphaël-

Terrasse, exerce si aimablement ses fonctions présidentielles ; à nos honorés confrères, MM. Lesguillon et Connétable, digne maire de Pierrefonds, les habiles organisateurs de notre fête de famille, qui nous ont procuré *bon déjeuner, bon gîte, sans le reste*.

Je bois aussi à la continuation de la prospérité de notre Société de l'Oise, prospérité si rapide que le nombre de ses membres a doublé en moins d'une année, et de vingt-sept a monté soudainement à cinquante-huit.

Veuillez enfin recevoir les remerciements de notre admirable trésorier général, M. Brun, pour vos largesses à la caisse des pensions viagères : vous avez voté en faveur de cette caisse une allocation de quatre francs par tête ! vu la grosseur de cette allocation, je trouve que c'est un vote, non point par tête, mais par cœur. Si, comme nous l'espérons, vous perpétuez cette subvention magnifique, vous aurez le droit de dire, avec orgueil, et vous direz certainement sans regret, que l'association vous est *très-chère;* ce dont vous remercie d'avance celui de vos co-sociétaires qui est fier et heureux d'être le président d'honneur et l'ami de votre association. »

La présence de M. Roger, le ravissant paysage, qui, depuis Compiègne jusqu'à Pierrefonds, déroule une succession de sites pittoresques, des villes, des forêts séculaires, des lacs ; et enfin le château féodal, chef-d'œuvre de restauration de l'éminent architecte Violet-Leduc ; tout a contribué à faire de cette journée, une de celles qui se gravent dans le souvenir.

La courte séance qui a eu lieu, a roulé sur deux questions d'intérêt général. Une commission en étudiera les solutions, que nous espérons soumettre bientôt à nos lecteurs, auxquels elles importent.

Le Dr *Bourgarel*, le nouvel inspecteur de la station thermale de Pierrefonds, assistait à la séance. Présenté par M. Henri Roger, notre distingué confrère, digne successeur du Dr Salles-Girons, a été admis, séance tenante, comme membre de l'association.

Le déjeuner, qui a suivi, était de nature à satisfaire les plus délicats et, chose rare, quand vint le quart d'heure de notre confrère Rabelais, le maître de l'hôtel des Ruines prouva, à tous les convives, que Pierrefonds n'avait rien à envier à l'Ecosse. Le Dr Maricourt, pour qui l'archéologie de Pierrefonds n'a plus de secrets, fut le guide de la réunion, dans la visite obligatoire au château restauré, que Louis d'Orléans fit bâtir en 1390.

En présence de ces énormes constructions, remarquables par la multiplicité et la solidité des moyens de défense, on se rend compte de la puissance des barons féodaux. Il a fallu l'intervention de l'Etat pour mener à bien la restauration de ce château colossal.

Les salles sont immenses et somptueuses. La chambre à coucher, vaste pièce où le lit des époux est adossé à une mince cellule, dans laquelle veillait la nuit un page en armes, porte la singulière devise : *Qui veult, peut*, plusieurs fois répétée. « Encore un des privilèges du seigneur, dit un confrère. Médicalement, je suppose, ajoutait-il, que ce privilège était un des moins bien établis, en pareil lieu. » Sur ce mot, la confrérie reprit le chemin de Compiègne, après avoir reçu communication d'un travail tout récent de l'un de ses membres les plus distingués, le Dr Millet, de Nanteuil-le-Haudoin. Le sujet est d'actualité pour les lecteurs du *Concours Médical :* « *Note sur une forme particulière du charbon chez l'homme.* » Nous l'insèrerons dans l'un des prochains numéros.

Renseignements sur la Compagnie la « New-York. »

Nous avons publié, dans notre numéro supplément du 10 avril dernier, une note relative aux avantages spéciaux offerts par la New-York pour les assurances sur la vie.

Il nous paraît utile de mettre sous les yeux de nos confrères tous les éléments sur lesquels ils pourront baser leur appréciation personnelle. Nous publierons donc successivement tous les tarifs de la Compagnie; mais nous n'avons pas cru devoir retarder plus longtemps l'insertion du tarif des rentes viagères immédiates. A ceux qui trouveraient surprenant qu'une compagnie puisse payer à ses rentiers des taux supérieurs de 15 à 30 pour 0/0, selon l'âge, à ceux des autres compagnies, nous rappellerons que : 1° la New-York calcule ses réserves sur des tables de mortalité différentes des tables usitées dans notre pays; et dont les résultats sont d'autant plus certains que la New-York opère sur des risques disséminés dans le monde entier ; 2° elle n'a pas d'actionnaires et, par conséquent, pas de capital à rémunérer sous forme d'intérêt et de dividende ; 3° le taux de ses placements, tous de premier ordre, est supérieur au taux des placements que l'on peut effectuer en Europe.

C'est par suite de la difficulté que l'on éprouve actuellement à faire dans notre pays des placements à un taux rémunérateur que nous croyons rendre service à certains de nos confrères en mettant ce tarif sous leurs yeux. Nous nous sommes bornés à la rente viagère annuelle payable par semestre. On peut la faire également payable par année ou par trimestre, et il est facile d'en calculer approximativement le montant pour chacun de ces cas et, du reste, la compagnie donnera toujours les indications exactes.

Dans un prochain numéro nous donnerons le tarif de la rente viagère avec condition de remboursement, au décès du rentier, de la moitié du capital employé, ce genre de contrat est spécial à la New-York.

Nous donnerons également les tarifs de la rente viagère sur deux têtes et de la rente différée,

c'est-à-dire payable pour la première fois à l'expiration d'un nombre d'années fixé et ensuite par année ou par semestre.

Rentes viagères immédiates sur une tête

Rentes annuelles
payables comme ci-dessous et sans arrérages au décès

AGES	PAR SEMESTRE — RENTE pour un placement de 100 fr.	PAR SEMESTRE — PRIX d'une rente de 100 francs
16	6 10	1639 34
17	6 13	1631 32
18	6 16	1623 37
19	6 20	1612 90
20	6 23	1605 13
21	6 27	1594 89
22	6 30	1587 30
23	6 34	1577 28
24	6 39	1564 94
25	6 44	1552 79
26	6 49	1540 83
27	6 55	1526 71
28	6 60	1515 15
29	6 64	1506 02
30	6 68	1497 »
31	6 73	1485 88
32	6 78	1474 92
33	6 84	1461 98
34	6 90	1449 27
35	6 96	1436 78
36	7 03	1422 47
37	7 10	1408 45
38	7 18	1392 75
39	7 27	1375 59
40	7 34	1363 69
41	7 41	1349 50
42	7 49	1335 61
43	7 57	1320 34
44	7 66	1305 41
45	7 75	1289 22
46	7 85	1273 44
47	7 96	1255 01
48	8 09	1235 65
49	8 24	1214 06
50	8 40	1190 50
51	8 58	1166 55
52	8 76	1141 07
53	8 97	1114 32
54	9 19	1087 07
55	9 43	1060 20
56	9 69	1031 04
57	9 98	1002 06
58	10 27	972 86
59	10 58	944 96
60	10 72	932 31
61	11 02	907 35
62	11 32	882 87
63	11 67	856 61
64	12 05	830 08
65	12 49	800 87
66	13 02	767 56
67	13 55	738 12
68	14 06	710 77
69	14 57	686 15
70	15 09	662 71
71	15 69	637 31
72	16 30	613 57
73	16 90	591 56
74	17 50	571 31
75	18 07	553 25
76	18 65	536 05
77	19 23	519 95
78	19 91	502 23
79	20 65	484 15
80	21 31	469 17

Déontologie Médicale

Très-honoré Confrère.

Dans le dernier numéro du *Concours Médical*, le docteur C., de Saône-et-Loire, se plaint des déceptions qu'il éprouve au début de sa carrière médicale. Sa lettre ne peut étonner aucun d'entre nous. N'est-ce pas notre sort à chacun, au moment où, quittant les bancs de l'école et notre diplôme en poche, nous nous lançons tout joyeux dans la clientèle? Et pourquoi ces déceptions? Où en est la cause? Elle est, je crois, dans notre irréflexion. Nous avons beaucoup de déceptions, parce que nous nous étions fait beaucoup d'illusions, parce que nous n'avions pas suffisamment réfléchi à ces deux mots: « médecin praticien ». Ils sont loin d'être synonymes. Le second nous semblait la conséquence naturelle du premier et pas autre chose. Aussi, étant étudiant, nous n'avions qu'une pensée: devenir un bon médecin, c'est-à-dire un homme apte à reconnaître les maladies et à les combattre du mieux possible. Et quand nous avons fêté notre dectorat, il nous semblait qu'enfin nous devenions libre, que notre apprentissage était fini, et que nous n'avions plus qu'à aller jouir en paix du fruit de nos études. En effet, nous étions *médecin*, mais nous n'avions pas songé qu'il faut aussi être *praticien*. Voilà le nouvel apprentissage qu'il va nous falloir faire. Il durerera plus longtemps que l'autre, et loin d'en avoir les attraits, ce sera, au contraire, au milieu de mille tribulations qu'il nous le faudra faire. Et si le mot « médecin » n'avait jusque-là éveillé dans notre esprit que l'idée de maladie, le mot « praticien » fera bientôt naître en nous le souvenir, tantôt de clients orgueilleux, insolents, exigeants, capricieux, maniaques, avares, poltrons, mal élevés, ignorants, tantôt de quelques confrères auxquels conviendraient certaines de ces épithètes, en changeant celle de poltrons en jaloux.

Je parle ici en thèse générale, ce n'est point une plainte personnelle.

S'il faut beaucoup de travail pour devenir bon médecin, il ne faut pas moins de diplomatie pour mériter le titre de bon praticien.

Le sujet est fécond et si je n'arrêtais ma plume, que de choses j'aurais à dire; mais je ne veux pas entrer dans de plus longs développements. Je désirais seulement attirer l'attention de notre confrère de Saône-et-Loire et de bien d'autres, sur ce mot « praticien, » afin de leur en faire méditer toute la valeur. Alors ils auront bien moins de déceptions.

Moi aussi j'ai eu ce mot à méditer, et depuis que je l'ai bien compris, je n'ai plus eu de déceptions.

Prenons un des cas du Dr C.

On vous appelle près d'un malade, vous établissez le diagnostic, instituez un premier traitement, et pensez continuer vos soins à votre malade. Mais pas du tout. Vous n'en entendez plus parler. La faute à qui! A vous! Pourquoi en le quittant ne lui avez-vous pas dit: « Je reviendrai tel jour, à moins qu'il ne survienne quelque complication; dans lequel cas, vous me feriez prévenir aussitôt. » La plupart des gens ne

diront rien. Vous revenez et, chaque fois que vous les quittez, vous leur dites le jour où vous comptez revenir. Enfin votre malade entre en convalescence ; on vous avait fait appeler pour une indisposition légère; vous trouvez qu'une nouvelle visite pourrait être utile, mais n'est pas absolument nécessaire. Vous dites en vous en allant :

« Je reviendrai tel jour à moins que le malade aille tout à fait bien. Dans ce cas, vous me préviendrez. Si je n'ai pas de nouvelles tel jour, avant telle heure, je reviendrai. »

Quelquefois, dès votre première visite, quand vous parlerez de revenir tel jour, les gens se récrieront. Alors dites-leur : « Si le jour que je viens de vous fixer, vous croyez que le malade peut se passer de ma visite, vous viendrez m'en prévenir. » Ainsi vous allez laisser à ces récalcitrants toute la responsabilité de leur détermination. Si le malade meurt, ce sera bien de leur faute ; d'une part ils n'auront aucune excuse et d'autre part ne pourront vous accuser. Aussi, quand viendra le jour de votre nouvelle visite, beaucoup regarderont à deux fois avant de vous empêcher de venir. Trancher la question que le malade est assez bien pour pouvoir se passer de cette nouvelle visite du médecin, les embarrassera toujours. Ils sentiront toute la responsabilité qu'ils vont prendre. En outre, s'ils demeurent à une ou deux lieues dans la campagne, ils n'auront pas toujours sous la main un commissionnaire à vous envoyer.

Que de fois, à mon arrivée, les parents m'ont dit: « Notre malade va bien mieux, mais nous n'avons osé prendre sur nous de vous empêcher de venir, et puis il nous était si difficile de vous envoyer quelqu'un, que nous nous sommes à la fin décidés à vous laisser venir. »

Ainsi dans bien des cas vous arriverez à voir votre malade aussi souvent que vous le désirez ; vous lui aurez donné tous les soins nécessaires, vous l'aurez guéri peut-être, alors qu'il serait mort, faute de visites médicales assez fréquentes ; enfin, question non à dédaigner, sans avoir exploité votre malade, vous en retirerez trois ou quatre fois plus d'honoraires que si vous aviez attendu que la famille vous fît redemander.

Cela vous permettra, dans bien des cas, une petite réduction sur la somme totale des honoraires. Le client en sera content et il vous en restera encore assez pour être, vous-même, aussi content que lui.

Mais j'abuse, très-honoré confrère, de l'hospitalité que vous voulez bien donner à ces lignes. Veuillez m'en excuser et agréer l'expression de mes sentiments bien dévoués.

Dr L. M. des Ch. (Eure-et-Loir).

NOTES DE CLINIQUE

De la paralysie atrophique, ou paralysie infantile.

(leçon de M. J. Simon).

La paralysie infantile a un début tout à fait spécial et presque caractéristique. *Elle débute tout d'un coup.* Ce début brusque et instantané est un fait capital. Le plus souvent, il s'agit d'un enfant qui s'est couché bien portant, et qui, le lendemain à son réveil, se trouve atteint de paralysie.

C'est là le degré le plus bénin. Dans un grand nombre de cas, le début est précédé de fièvre, perte d'appétit, chaleur à la peau, avec paralysie localisée. D'autres fois, on voit des convulsions éclamptiques, de la fièvre et la paralysie. Dans d'autres cas enfin, cela commence par une « fièvre pourpre, » la coloration de la peau avec paralysie, c'est rare.

A la première heure, vous voyez la paralysie généralisée à tout le corps; c'est une sorte d'affaissement de tous les muscles; le lendemain tout est paralysé. Pendant les premiers moments, il y a un état congestif comme dans une attaque, puis la congestion se modère et l'on voit la localisation de la paralysie à tel ou tel groupe, suivant l'altération des parties grises des cornes antérieures de la moëlle. On dit que la paralysie prend le plus ordinairement le caractère d'une paraplégie, je crois plutôt que la forme la plus fréquente est l'hémiplégie. Cette paraplégie s'accompagne, ou non, d'une paralysie des membres supérieurs; d'autres fois un seul membre est atteint, ou même un seul groupe musculaire, ou un seul muscle, le deltoïde, par exemple, ce qui est exceptionnel.

Il y a encore des localisations de cette paraplégie : la paralysie du membre inférieur est plus forte à gauche qu'à droite ; la jambe est plus paralysée que la cuisse, et, dans la jambe, ordinairement les muscles de la région antéro-latérale sont plus atteints que ceux des autres groupes musculaires. S'il y a une hémiplégie, le bras ou la jambe sont plus paralysés l'un que l'autre ; les extenseurs de la main sont plus faibles que leurs antagonistes et la main tombe comme une patte de chien.

La sensibilité est conservée ; les sens sont intacts ; l'intelligence est nette ; la miction et la défécation se font comme à l'état normal. On ne constate d'ailleurs point de trépidation, pas de réflexe tendineux. L'état est absolument apyrétique.

Voilà la maladie confirmée ; c'est une maladie à longue échéance et *qui ne guérit pas complètement*. Mais elle a une marche très-variable ; tantôt on observe une détente prompte, sans atrophie très-sensible des muscles ; et, en quelques mois, les facultés locomotrices sont revenues. J'ai vu deux guérisons complètes en cinq semaines. Mais ordinairement la guérison n'est pas si rapide, ou elle ne vient pas du tout. Parfois les

muscles paralysés s'atrophient en quelques semaines, et l'affection est incurable. Si l'atrophie vient vite, c'est un mauvais pronostic; elle débute toujours dans les points paralysés.

Ainsi : localisation de la paralysie, atrophie du membre, tels sont les deux premiers symptômes, les deux premières périodes de la paralysie infantile. Ces deux phénomènes s'accompagnent de refroidissement du membre; et bientôt survient la période des difformités consécutives à l'atrophie des groupes musculaires.

Quelles sont les lésions anatomiques de la paralysie spinale atrophique? Autrefois on croyait qu'il existait une paralysie infantile *essentielle*, on ne savait alors quelle était sa nature, et l'on ignorait son anatomie pathologique. En 1864, M. Laborde fit une autopsie de paralysie infantile et découvrit une lésion des cordons antéro-latéraux de la moelle.

Deux ans après, Vulpian et Prévot montrèrent qu'il s'agissait d'une altération de la substance grise, Damaschino et Roger, puis Charcot adoptèrent ces données. L'anatomie pathologique expliquait, en effet, tous les symptômes. Au niveau du renflement lombaire de la moelle, assez souvent aussi au niveau du renflement cervical, et tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul côté, on trouva une altération des cordons antérolatéraux.

Les racines rachidiennes étaient saines au début. Dans la substance grise de la corne antérieure, on constatait une congestion manifeste du réseau capillaire, avec prolifération du tissu conjonctif, et atrophie des cellules de la substance grise, qui prenaient un aspect granuleux.

Ajoutons la présence de leucocytes dans la tunique adventice. Les tubes de communication avec les nerfs moteurs étaient atrophiés, variqueux, moins transparents. La lésion s'étendait à la substance blanche des cordons antéro-latéraux, avec les mêmes phénomènes, surtout dans le cordon latéral. Les racines motrices ou sensitives étaient saines. Dans le reste de la moelle, on ne constatait aucune lésion.

L'état congestif, inflammatoire de la moelle, un peu plus de mollesse et de souplesse, voilà les lésions observées; non-seulement elles ne sont pas toujours doubles, mais elles sont souvent unilatérales et inégalement réparties. Sur les autres parties du cadavre, on ne trouve absolument rien. Les nerfs sont intacts. La maladie n'est donc point partie de la périphérie pour gagner les centres nerveux; elle n'est point allée du muscle vers la moelle.

Les muscles sont déjà atrophiés ; le tissu conjonctif s'y développe plus abondamment; mais la fibre musculaire n'a pas encore subi la dégénérescence graisseuse. Elle est granulée; elle commence à cesser de vivre, alors se fait l'amaigrissement, l'émaciation des muscles. Plus tard, dans ces régions, l'atrophie se manifestera à l'œil nu, et à la simple inspection de la moelle, on reconnaîtra même l'atrophie des cordons antéro-latéraux et de la substance grise, parvenus à un degré avancé de ramollissement, très-rarement de sclérose. A la fin, les origines des nerfs sont atrophiées et ramollies à leur tour, et les muscles sont devenus graisseux.

Telles sont les lésions qui caractérisent la paralysie infantile.

Direz-vous de suite que le petit malade ne guérira pas? Point du tout. Vous ne le savez pas ; ne vous prononcez donc point à l'avance. Dites qu'il restera plus ou moins de faiblesse, de dandinement du membre au moins, mais ne faites aucune théorie sur le processus ultérieur ; il y a des cas moyens, peu graves, etc. Préparez le terrain et sachez présenter la vérité.

A la première heure, vous ne savez pas le pronostic de la paralysie; si elle est localisée et si l'on vous demande combien de temps elle durera, répondez qu'il faut attendre. Après quelques semaines, si vous perdez du terrain, dites que la maladie sera plus longue qu'elle ne le paraissait d'abord. Si vous êtes appelés au moment de la période des infirmités consécutives, occupez-vous de remédier à ces difformités.

Le pronostic! c'est en effet ce qui fait la différence entre tel ou tel médecin. Velpeau tenait beaucoup au pronostic, parce que c'est la partie la la plus difficile, celle qui exige la plus longue observation des malades.

Le *diagnostic* de la paralysie infantile se fait facilement avec les paralysies d'origine diphthéritique par les antécédents; après une angine, le nasonnement est venu, puis la paralysie du voile du palais, etc. De même pour le mal de Pott, dans lequel la paralysie ne vient point subitement. Quant au diagnostic différentiel avec la luxation congénitale, examinez la hanche comme je vous l'ai indiqué dans une précédente leçon.

Vous connaissez alors que l'enfant boite depuis longtemps, que la hanche est empâtée, la tête du fémur déplacée, le grand trochanter élevé, la cavité cotyloïde vide, etc. La paralysie des adolescents est une paralysie éphémère ; la paralysie amyotrophique, pseudo-hypertrophique est très-rare et a ses symptômes spéciaux.

Nous arrivons au *traitement* de la paralysie infantile. Il varie suivant les périodes auxquelles est parvenue la maladie. *Première période :* Au

début, la paralysie infantile doit être traitée très-activement. Employez alors les révulsifs non douloureux, ventouses sèches, les bains d'air chaud, au besoin quelques vésicatoires, mais ceux-ci ne doivent pas rester longtemps appliqués. Ajoutez à cela les calmants, la ciguë, l'aconit (10 à 15 gouttes de teinture par jour).

A la période de la *maladie confirmée*, c'est aux stimulants que vous devrez avoir recours : teinture de noix vomique (1 gr.), associée à une teinture amère de quinquina, de cascarille, de colombo (5 gr. de chaque, soit 15 gr.). Un gramme de ce mélange donne une goutte de teinture de noix vomique; on prescrit deux gouttes avant le repas, et l'on va jusqu'à dix gouttes par vingt-quatre heures.

On emploie ensuite les bains sulfureux, le massage et les *courants électriques*.

Il faut savoir se servir des courants électriques. Ici, on emploie les courants doux, continus. La direction n'est pas indifférente. On les applique de haut en bas, le premier sur la colonne vertébrale, le deuxième sur les parties malades.

N'oubliez pas que cette électrothérapie peut produire des escarres (même avec trois éléments seulement). Aussi faut-il déplacer la rhéophore, et l'envelopper dans un linge mouillé d'eau salée. La séance dure vingt minutes à une demi-heure tous les jours.

Si vous aviez affaire à un enfant ayant eu une méningite ou une sclérose cérébrale, suivie de paralysie, et si vous le traitiez par les courants continus, vous provoqueriez des accidents éclamptiques. Il importe donc de porter un diagnostic éclairé, et de ne pas faire de l'électrothérapie d'une façon banale.

Les massages consistent à pétrir le membre paralysé, de façon à stimuler les capillaires, et à réveiller leur tonicité. Dans le même sens, on réussit bien avec la flagellation, les frictions avec des substances chaudes, le baume de Fioraventi, les eaux sulfureuses, les bains de mer, etc.

Plus tard, quand la maladie est déjà avancée, et que les muscles ont été envahis par la dégénérescence graisseuse, et sont, par conséquent, inaccessibles à l'électricité, vous devez avoir recours aux appareils orthopédiques, aux bottines construites pour prévenir les difformités.

A la période ultime de la maladie, quand ces difformités sont déjà produites, ces moyens mécaniques seront même impuissants.

(*Le Praticien*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La librairie Hachette vient de publier plusieurs ouvrages dont nous devons dire un mot à nos confrères. En tête se placent les *Bains d'Europe* (1), guide aussi utile au médecin qui prescrit les eaux minérales qu'au client qui va les prendre. Le premier trouvera pour chaque station les notions indispensables sur les caractères physiques et chimiques de la source (thermalité, analyse, etc.), ainsi que les principales propriétés thérapeutiques. Le second y puisera tous les renseignements indispensables au voyageur (chemin de fer, voitures, hôtels, promenades, excursions, etc.) Une savante introduction traite des eaux minérales, des bains de mer, de l'hydrothérapie, des cures de petit-lait, des séjours d'hiver. Vient ensuite un exposé comparatif des eaux minérales de France d'Allemagne, et où l'on démontre péremptoirement que, sous le rapport des ressources thérapeutiques de ce genre, nous n'avons rien à envier à nos voisins. Enfin l'introduction se termine par un tableau classificatif des eaux minérales décrites dans le volume.

Ce qui fait de ce livre un guide essentiellement pratique et surtout commode à consulter, c'est que les auteurs, dont la compétence en pareille matière est légitimement reconnue, ont adopté l'ordre alphabétique, d'abord par pays (Allemagne, Angleterre, etc.), ensuite par stations minérales; ainsi pour la France : Aix en Provence, Aix en Savoie, Saint-Alban, Alet, etc. Une table méthodique au commencement du volume, un index alphabétique à la fin, complètent cette disposition déjà si heureuse.

En second lieu viennent les *Eaux minérales des Vosges* (2), petit guide diamant comprenant Bourbonne, Gérardmer. L'auteur est M. Ambroise Boulommié qui a pris pour collaborateurs les docteurs Bottentuit, Bougard, P. Boulommié, Champouillon et Debout d'Estrées. C'est un vrai guide du baigneur qui en fera son compagnon inséparable. Le médecin y puisera aussi une foule de renseignements qui compléteront avantageusement cette partie de ses études qui prend chaque jour une importance de plus en plus grande.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, signalons la cinquième édition du *Dictionnaire universel des Contemporains* (3), par G. Vapereau. A eux

(1) *Les Bains d'Europe*, guide descriptif médical des eaux d'Allemagne, d'Angleterre, de Belgique, d'Espagne, de France, d'Italie et de Suisse, par Ad. Joanne et A. Le Pileur, Deuxième édition entièrement revue et complétée, contenant une carte des Bains d'Europe. Un vol. in-12. Librairie Hachette et Cie Boulevard Saint-Germain, 79.

(2) Un vol. in-32, comprenant 6 gravures, une carte, format diamant. Même librairie. Prix 3 francs. Vittel, Contrexéville, Plombières, Bains, Luxeuil,

(3) Paraît par livraison grand in-8. Trois sont en vente. Même librairie. Prix de la livraison, 3 fr.

qui ne connaîtraient pas encore ce livre, indispensable de nos jours, où l'on voit surgir tant de nouvelles personnalités, nous dirons qu'il contient toutes les personnes notables de la France et des pays étrangers avec leurs noms, prénoms, surnoms et pseudonymes, le lieu et la date de leur naissance, leur famille, leur débuts, leur profession, leurs fonctions successives, leurs grades et titres, leurs actes publics, leurs œuvres, leurs écrits et les indications bibliographiques qui s'y rapportent, les traits caractéristiques de leur talent, etc. Après cette indication, il nous paraît inutile d'entrer dans de plus longs détails, car ce sont de ces livres dont la nécessité s'impose à tous ceux qui ne veulent pas rester en dehors du mouvement qui emporte la génération actuelle dans tant de voies si différentes, qu'il serait bien difficile de s'y reconnaître sans le secours de ce *Dictionnaire*. Dr A. B.

Dr E. Biéchy. — *D'une révolution dans la constitution médicale et la méthode thérapeutique durant le cours du siècle actuel,* 1 brochure in-8. *Librairie J.-B. Baillière.*

Dr Léon Chabory, — médecin consultant au Mont-Dore. — *Guide complet du promeneur au Mont-Dore et à la Bourboule.* 1 vol. in-12. — Prix 2 fr. *Librairie Armet au Mont-Dore.*

Dr L. Grellety, médecin consultant à Vichy. *Analyse et compte rendu des thèses du concours d'agrégation en médecine de 1880.* 1 vol. in-8 de près de 200 pages. Librairie Octave Doin. — Prix 3 fr. 50

— Nous recommandons très-vivement à nos confrères l'analyse très-intéressante et très-complète des thèses du dernier concours d'agrégation que leur offre aujourd'hui notre abonné le Dr Grellety.

Dr l'Huillier. — *De l'application des lois de l'acoustique à l'étude des maladies du cœur.* 1 vol. in-8 de 112 pages, Librairie Berger-Levrault.

A NOS LECTEURS.

Nous rappelons à nos lecteurs qu'ils trouveront dans la collection du Concours, *un travail d'ensemble sur la diarrhée des jeunes enfants.* (Concours médical, 1re année, n. 9, page 100.)

Nous leur rappelons aussi un travail du Dr V. Poulet, sur L'EMPLOI DE L'OXALATE DE CÉRIUM DANS LE CHOLÉRA INFANTILE. Concours médical 1re année, n. 22, page 261.

Nous serions heureux de voir ce traitement expérimenté par nos confrères et nous enregistrerons leurs observations sous le titre de CONCOURS SCIENTIFIQUE.

CHRONIQUE

Société d'hygiène. — Le 5 mai, M. Alexandre signalait à M. Le Blanc un cas de *horse-pox* spontané, dans les écuries de M. Marx, aux Champs-Elysées, sur un cheval de sang arrivé d'Allemagne. La lymphe vaccinale, recueillie sur des lancettes, fut portée par M. Chambon sur une génisse de trois mois par trois piqûres sur la mamelle. Ces pustules évoluèrent normalement, et avec leur lymphe pure et limpide nous pûmes inoculer, le 13, une deuxième génisse avec succès. Effectivement, le 19, nous montrions à MM. Le Blanc et Hervieux, de l'Académie de médecine, une superbe éruption vaccinales (soixante pustules). La lymphe vaccinale de ces pustules a servi, le 20 et le 21, à l'inoculation de deux génisses (troisième et quatrième), qui assurent désormais le service des vaccinations de la Société d'hygiène, depuis le 25 mai.

Nous avons déjà plusieurs fois prié nos adhérents, qui nous réclament un envoi de vaccin, de s'adresser à la Société d'hygiène, actuellement il y a une raison de plus de leur donner cette indication.

— *Projet de loi portant modification au chapitre VII du projet de budget des dépenses du Ministère de l'instruction publique pour 1881.* — La note préliminaire du projet de budget portait une demande de crédit de 27,400 fr. pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu. La Faculté de médecine de Paris a exprimé le vœu que cet enseignement ne fût pas limité à un seul hôpital, mais pût profiter de tous les laboratoires qui dépendent des cliniques. Elle a soumis au Ministre un projet qui consiste en substance à placer l'ensemble des services d'anatomie pathologique sous la haute direction du professeur actuel d'anatomie pathologique et sous la direction immédiate d'un directeur des travaux ayant un laboratoire spécial et exerçant de plus une autorité, qu'il reste à définir, sur les travaux d'anatomie pathologique dans les autres laboratoires de clinique. Il serait réparti ainsi :

Directeur des travaux d'anatomie pathologique	8,000 »
Préparateur	1,500 »
Garçon	1,200 »
Frais de cours et de laboratoire (chauffage et éclairage)	5,700 »
Subvention aux divers laboratoires de cliniques pour le service d'anatomie pathologique	5,000 »
Frais de première installation	4,000 »
De plus, il paraîtrait juste, en fixant le traitement du directeur des travaux d'anatomie pathologique à 8,000 fr., de porter au même chiffre le traitement du chef des travaux anatomiques, qui a aujourd'hui 6,000 fr., soit une augmentation de	2,000 »
Total. Chiffre égal au crédit demandé.	27,400 »

Chemins de fer de l'Ouest. — Bains de mer. Billetis d'aller et retour à prix réduits, valables du Samed au Lundi.

De Paris aux Gares suivantes :	1re classe	2e classe
Dieppe (Le Tréport, Yvetot, Veulettes)	30	22
Motteville (St-Valéry-en-Caux, Veules)	»	»
Le Havre (Saint-Adresse).	33	24
Fécamp, les Ifs (Yport, Etretat).	»	»
Trouville-Deauville (Villiers-sur Mer.)	»	»
Honfleur, Caen.	33	24
Cabourg le Hom-Varaville, Dives, Hougalte, Beuzeval	37 »	27 »
Luc, Langrune.	37	27
Saint-Aubin, Bernières, Courseulles, Lion-s-M.)	38	28
Bayeux (Arromanches, Regneville). .	40	30
Coutances (Coutainville, Regneville).	57	44
Isigny (Grandcamp. Ste-Marie-du-Mont).	44	33
Valognes (Port-Bail, Carteret, St-Vaast de la Hougue, Quinéville)	50 »	30 »
Cherbourg	55	42
Granville (St-Pair), Donville	50	30
St-Malo St-Scrvan (Dinard-St-Enogat.)	66	50
Le Tréport, par Serqueux et Abandourt	33 20	»

(*Du 1er Juillet au 30 Septembre*).
EAUX THERMALES.

Bagnoles de L'Orne, par Briouze. . . .	47	36
Forges-Les-Eaux (Seine-Inférieure). .	21 45	15 5

Départ le samedi et dimanche. — Retour le demanche et Lundi. — Les billets sont personnels et ne peuvent être vendus.

* *

Chemins de fer de l'Est. — *Voyage circulaire en Suisse et dans le Grand-Duché de Bade.* — Les touristes qui désirent visiter une partie de la Suisse et du Grand-Duché de Bade, trouveront, à la gare des chemins de fer de l'Est, au bureau central, rue Basse-du-Rempart, 50, et à l'agence des chemins de fer anglais, boulevard des Italiens, 4, des billets à prix réduits, valables pendant un mois, avec arrêt facultatif:

En France et en Suisse : dans toutes les principales villes du parcours désignées sur les billets;

En Alsace : à Strasbourg.

Cet attrayant voyage peut s'effectuer en première classe pour 166 fr. 65, et en seconde classe pour 132 fr., en partant par la ligne de Paris à Belfort et à Bâle *(viâ Mulhouse ou Delle)*, et en revenant par celle de Strasbourg à Nancy et à Paris, ou bien dans le sens inverse.

—

CORRESPONDANCE

— M. A.-D., médecin à L. (Somme), 21 juin.
Fait l'envoi réclamé.

— Dr H., à A. (Ardennes), 21 juin.
L'insertion est à votre volonte. Merci de votre assurance de concours actif.

— Dr L., 571 (Somme), 22 juin.
Inscrit le Dr S. Votre lettre est une récompense pour nous. L'insertion aura lieu. Comment seriez-vous redevable?

— Dr R., 857 (Lot-et-Garonne), 22 juin.
C'est assurément à votre intervention que nous devons ce résultat, plutôt qu'à la seule lecture du *Concours*. Vous ne vous en tiendrez pas là! L'erreur sera rectifiée.

— M. B., médecin à S. (Lot), 22 juin.
« *J'adopte, de grand cœur, le règlement des médecins de la Nièvre. Mais, une question? Lorsqu'un malade. traité par un docteur en médecine, fait appeler, souvent en secret, le confrère le plus voisin, officier de santé, et que le docteur traitant ne peut admettre une consultation avec un confrère de second ordre, que doit faire celui-ci?* » Réponse : à notre avis, dès l'instant qu'un confrère refuse une consultation avec un autre confrère, quel que soit le titre de celui-ci, il lui donne toute liberté d'action. « *Quand un malade non àl té, délaissant un instant le docteur traitant, vient consulter l'officier de santé dans son cabinet, ce dernier doit-il, par délicatesse, refuser de l'entendre?* » Non, assurement, puisque le cabinet est un terrain neutre.

— Dr C., à B. (Giroude). 23 juin.
Vous êtes le bienvenu. Veuillez être notre interprète auprés de notre confrere M.

— Dr L., 551 (Gironde), 24 juin.
Nos sincères félicitations. Vous n'aurez qu'à vous féliciter de votre determination.

— Dr R., à V. (Seine-et-Oise), 23 juin.
« *Je suis heureux de voir un journal médical s'occuper, comme vous le faites, de tout ce qui nous intéresse ; nous, les jeunes, avons surtout besoin d'aide et de protection. Vous pouvez compter sur moi.* » Vous pouvez également faire état de nous en toutes circonstances.

— Dr A., no 2, à St-C., 24 juin. — Dr L., 574 (Gironde).
Fait les abonnements et fait la rectification.

— M. le Dr N., 731 (Savoie).
La prime d'assurance à la Compagnie la New-York, capital payable au déces seulement, sur votre âge de 38 ans, est pour 1,000 fr. assurés.

Prime viagère.	29	15
Prime pendant 20 ans.	36	78

Elle serait, dans une Compagnie par actions.

Prime viagère.	30	90
Prime pendant 20 ans.	37	90

Quant à la repartition des bénéfices, veuillez vous reporter au tableau comparatif publié dans le supplement du *Concours Médical*, numero du 10 avril, page 6, colonne 2.

— M. le Dr O.-D., 746 (Haute-Garonne).
Vous dites : « J'ai 44 ans et suis nu-propriétaire d'une « fortune mobilière de 150,000 fr. environ, produisant un « revenu de 8,000 fr., mais grevée d'usufruit au profit « d'une personne âgée de 75 ans; je desirerais aliener « cette nu-propriéte pour profiter des avantages que « m'offrirait une assurance avec votre Compagnie. Que « puis-je faire? »

Réponse. — Vous pouvez tenter d'obtenir main-levée de l'usufruit en offrant de constituer sur la tête et au profit de l'usufruitière une rente égale ou même supérieure au revenu actuel.

Supposez que vous offriez une rente de 10,000 francs; cette rente que vous ferez incessible et insaisissable, payable par trimestre, vous coûtera, au prix de 565 fr. 75 cent. pour 100 fr. de rente, sur l'âge de 75 ans. . 56,575
Vous laissant disponible sur votre capital de. . 150,000

Une somme nette de. 93,425

Pour reconstituer le capital aliené, soit 56.000 fr., chiffre rond, vous ferez une assurance mixte de 20 ans, au capital de 56,000 fr., avec accumulation des bénefices pendant 20 ans, prime annuelle sur 44 ans. 3,038

Dans 20 ans, vous recevrez 56,000 fr., plus les bénéfices accumulés 79,500 environ, soit en tout 135,500 fr. environ, ou bien vous vous constituerez avec ce capital une rente viagere de 16.800 fr. environ. Si vous mourez avant 20 ans, la Compagnie paiera à vos héritiers 56,000 fr.

Mais, comme la police d'accumulation vous expose au danger de la décheance si vous cessiez le paiement de votre prime annuelle, vous pourrez à votre gré vous couvrir contre ce risque en achetant immédiatement, pour une somme de 38,460 fr. 95 cent., sur votre âge actuel de 44 ans, une rente viagère de 3,038 fr., égale à votre prime d'assurance.

Dans 20 ans, vous toucherez votre capital de 135,500 fr. (capital et bénéfices) et, n'ayant plus de primes à payer, vous jouirez de votre rente de 3,038 fr.

Vous pouvez calculer vous-même que, après avoir payé le capital nécessaire :

1o A la rente sur la tête de 75 ans.	56,575 »
2o A la rente sur votre tête.	38,460 95
	95,035 95
Il vous restera disponible sur vos.	150.000
Une somme de.	54,964 05

qui, placée au taux de 4 p. 0/0 d'intéret seulement, vous donnera un revenu net de 2,200 fr. environ.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 28 10 juillet 1880

SOMMAIRE:

A NOS ADHÉRENTS

1er juillet 1880.

Le *Concours Médical* entre dans sa seconde année. Ce qu'il nous plaît de constater dès l'abord, c'est le *consensus*, dont nous avons pour gage assuré le dépouillement journalier de la correspondance. Faire l'accord des volontés et des efforts vers un but déterminé, et en traduire chaque semaine, les expressions dans les cinq mille exemplaires du journal, n'est pas un médiocre résultat. N'aurions-nous obtenu que cela que nous devrions nous estimer heureux.

Mais il convient de rappeler notre programme et de voir, avec nos lecteurs, ce que nous avons fait et ce que nous devrons faire durant l'année nouvelle.

Et d'abord que sommes-nous ?

Nous l'avons déjà dit et on peut nous en croire, nous n'avons pas la ridicule prétention de rivaliser avec *l'association générale des médecins de France*. Nous n'hésitons pas à répéter que tous les membres du Concours auraient intérêt à donner leur adhésion à l'association. Mais nous avons crû qu'une action parallèle et d'une utilité plus immédiate pour chacun de nous, pouvait lui venir efficacement en aide et satisfaire à quelques-uns de ces vœux professionnels, qui font presque immédiatement l'objet de nos conversations, lorsque nous sommes quelques confrères réunis.

Faut-il nous expliquer ? *L'association générale* est une société de secours mutuels dont nous ne méconnaissons pas l'immense avenir. Pour le moment, elle veut se borner à assurer, à ceux d'entre nous que frappent la misère et la vieillesse, un secours qui, du moins, les mettra à l'abri de la faim. Si son action se borne là, c'est que souvent elle a dû, par de graves motifs, négliger volontairement des choses d'une importance capitale. Obligée de songer à un avenir lointain, mais assuré, elle a dû, récemment, pour ne citer qu'un exemple, écarter comme étrangère à son objet, la question des assurances sur la vie.

La solution collective de ce puissant élément de sécurité et de bien-être pour le médecin, est pourtant de première importance. En cas de mort du chef de famille, les survivants ne peuvent, comme dans le commerce et l'industrie, suppléer, à force d'énergie, à la perte qu'ils viennent d'éprouver. Ils n'ont pas, comme le notaire, l'avoué, une étude qui représente une valeur réelle et réalisable, et la mort laisse la gêne toujours, et parfois la misère.

Nous voulons dire, à ce propos, qu'il serait digne, des membres du *Concours*, de prendre pour règle de conduite, de ne jamais envahir la clientèle d'un confrère décédé, avant un délai suffisant pour que la veuve ait pu prendre les mesures nécessaires à une cession de gré à gré, quelquefois possible.

Revenons à notre sujet : L'intérêt professionnel est, sans doute, l'objet de la sollicitude de l'asso-

ciation. Mais que *d'impedimenta* pour que cette sollicitude puisse se traduire en faits. Le bien incontestable qu'elle a déjà fait, est dû plutôt à l'échange des vues particulières entre les confrères, lors de leurs réunions, qu'à l'action officielle de la Société.

Le *Concours médical* est assuré, par son passé, de pouvoir suppléer à cette action insuffisante. Il a, sur l'Association, cet avantage d'avoir à sa disposition un journal où toutes les propositions d'intérêt général peuvent être discutées durant toute l'année. Ceci n'est pas de médiocre importance.

Par tous les moyens nous rechercherons l'amélioration de la situation de nos confrères et pour cela nous ne reculons devant aucune des conséquences de notre programme.

Quelques-unes de nos idées mériteront, nous voulons l'espérer, d'être marquées au coin des idées généreuses ; d'autres pourront être traitées de mesquines. Cette dernière épithète n'aurait pas le don de nous émouvoir, car nous n'employons que des moyens dont nul ne nous ne pourrait rougir, et nous subordonnons ce que nous pouvons, sans trop de prétention appeler des innovations, à l'intégrité de l'honneur professionnel.

Sans doute il faut vivre et le grand ressort de toutes les institutions, c'est l'argent ! Cet argent nous n'avons pas voulu le demander à des confrères fort souvent gênés d'élever convenablement leur famille et de lui assurer le minimum de bien-être qui devrait être inhérent à toute profession honorable et honorablement exercée.

Nos propres ressources suffisaient très-largement aux besoins financiers du *Concours médical*, pour sa période d'organisation.

Nous savions que les ressources de l'avenir se produiraient nécessairement dans une très-large mesure, par la seule force de la collectivité. L'évènement a confirmé nos prévisions au-delà de nos espérances.

Entrons dans quelques détails.

Chaque matin, nous recevons des monceaux de papiers, prônant qui une station minérale, qui une médicament nouveau. Si les producteurs ou les propriétaires consentent de semblables frais de réclame, c'est apparemment qu'ils y trouvent profit.... d'autre part, si quelques-unes de ces spécialités ne méritent que les honneurs du panier, il en est d'autres qui, par les difficultés inhérentes à leur préparation, leur dosage, leur conservation leur mode d'administration, s'imposent pour ainsi dire à notre choix. Pourquoi ne pas faire ce choix en commun, de propos délibéré ?

Nous disons aux producteurs. « *Vous dépensez annuellement des sommes considérables en prospectus, envois d'échantillons, annonces, qui, risquent fort de n'être pas examinés, ou qui, perdus au milieu de réclames absurdes, risquent, non moins, d'être méconnus. Nous, qui sommes compétents, nous soumettons vos produits à un examen sérieux, nous en faisons pour nos confrères, une étude approfondie et fructueuse ; nous n'avons pas à vous exploiter, nous acceptons vos produits parce que nous les trouvons bons et vous demandons un sacrifice bien moindre ; vous contribuerez à l'amélioration de notre situation professionnelle, à la vulgarisation des travaux qui peuvent nous être utiles, et nous, nous assurons à vos produits la juste notoriété qu'ils méritent. Nous agissons en toute loyauté et sincérité ; nous ne recherchons pas une simple affaire pécuniaire, puisque nous soumettons vos produits à l'examen d'une commission spéciale. D'un autre côté, nous vous demandons plus que n'exigent les annonces des journaux ordinaires, car notre acceptation constitue, pour vous, un gage que ces derniers ne pourraient fournir.* »

Voilà dans quelles conditions se concluent et se concluront nos traités de publicité.

Et lorsque nous aurons ainsi agi vis-à-vis des spécialités nullement utiles et acceptables par le médecin, lorsque chacun de nous aura restreint son choix aux médicaments reconnus nécessaires nous aurons porté, en même temps et mieux que par des phrases, le coup le plus sérieux à ces spécialités qui encombrent les journaux de médecine, et qui, grâce à la publicité des journaux politiques s'adressant directement au client, constituent de la part de leurs propriétaires une nouvelle forme de l'exercice illégal de la médecine.

Dans le même ordre d'idées, si les fournisseurs de livres, instruments, appareils, etc., qui nous sont d'une utilité journalière, cherchent à accroître, parmi nous, leur clientèle, et si, à la qualité irréprochable des fournitures, ils joignent une réduction personnelle qu'ils nous consentent et une remise générale qu'ils assurent à notre fonds commun, pourquoi hésiterions-nous à conclure ces traités, quel que soit leur objet ?

Ah ! s'il s'agissait seulement de nous assurer le gain de quelques francs chaque année ; s'il s'agissait de tout subordonner à l'importance d'un dividende que nous irions toucher, nous comprendrions, nous partagerions des scrupules légitimes. Aussi, croyons-nous que le but poursuivi et nettement

indiqué, doit mettre à néant des objections que l'intérêt personnel, s'il était seul recherché, ne pourrait détruire. Ce que quelques-uns refuseraient pour eux-mêmes, il faut qu'ils se fassent un devoir de le réclamer en faveur de confrères moins bien partagés.

D'ailleurs, il faut que tous nous puissions trouver, dans notre concours, un profit: l'intérêt moral pour les uns; l'intérêt scientifique l'intérêt matériel, pour d'autres; la conviction pour tous, *de concourir à cette virile et bonne action de nous entr'aider les uns les autres.*

Voilà ce que le *Concours Médical* recherche uniquement, nous vous en donnons l'assurance. Nous en avons pour garants nos confrères de la société de l'Oise. Qu'il nous soit permis de les remercier ici du témoignage public de sympathie, qu'ils ont bien voulu nous donner dans notre récente réunion.

Les traités que nous avons conclus avec les propriétaires de quatre eaux minérales et les détenteurs de quelques produits spéciaux, sont basés sur cette règle équitable dont nous parlions plus haut. Les conditions que les divers fournisseurs, agréés par nous, nous ont assurées, offrent toutes les satisfactions désirables. Les résultats acquis sont moins modestes qu'on ne pourrait le penser et nous donnent la certitude d'un grand avenir.

« *Primum vivere, deinde philosophari.* »

Eh bien, notre existence et notre durée sont, aujourd'hui, plus qu'assurées, et nous pouvons commencer à philosopher à notre aise: Notre but primitif ne pouvait être que de remplir la première condition de la maxime. Il est atteint et la situation matérielle acquise, va prendre les développements qu'elle comporte. Nous ne la négligerons pas; mais moins absorbés par elle, nous pourrons aborder l'étude des questions pratiques, dont la solution est notre raison d'être.

Cette question d'assurances sur la vie qui, jusqu'à présent, n'a été qu'indiquée dans le journal, nous allons la résoudre et à celle-là, en succédera une autre; car malheureusement nous pouvons dire aussi: *uno avulso, non deficit alter.*

Notre constitution en société régulière, fera l'objet de nos préoccupations et, le moment venu, nous adjurerons tous nos confrères, quelque peu légistes qu'ils se croient, de nous soumettre leurs vues particulières et de ne pas nous ménager leurs avis.

Ce ne sont là que des questions passagères et d'autres soins devront nous arrêter : par exemple, la composition, la rédaction du journal, dont il faut que nous fassions, à nous tous, un type différent de ce que nous possédons actuellement.

Quand nous serons riches, nous en ferons, tout d'abord, le journal le mieux payé; et, qu'on nous croie, sa rédaction s'en ressentira rapidement. Il faut que les travaux que publiera le *Concours*, assurent à leurs auteurs, une juste rémunération. Un éditeur seul a pu proclamer « *laboris præmium, in labore.* » Nous n'avons ni éditeur, ni actionnaires, et nous tâcherons de faire en sorte que la satisfaction intime que procure le travail, ne soit pas la seule récompense du travailleur.

Nous nous efforcerons de constituer entre les nôtres, un lien de bonne confraternité; nous repousserons tous les sujets de discorde et de dissentiment, mais non de dicussion. Les questions qui peuvent nous unir et nous rapprocher sont assez nombreuses pour nous suffire. Outre les affectations déjà indiquées dans notre programme nous consacrerons une partie de nos fonds à faire du *Concours* un centre permanent de réunion, de renseignements pour les travaux d'ensemble. Les réunions générales seront provoquées en temps utile; les intérêts de notre œuvre y seront discutés et là s'ébaucheront des amitiés futures ou des relations pour lesquelles la correspondance ne suffit pas.

Ceux de nos adhérents qui, pendant la première année du *Concours*, ont suivi avec attention nos efforts collectifs, en vue de réformes désirables, s'étonneront, peut-être, que nous ayons cru devoir nous étendre aussi longuement sur des questions qui leur sont familières. Mais ils savent aussi qu'à côté d'eux, il est encore bien des confrères qui hésitent, qui attendent que tous leurs doutes et leurs préventions soient dissipés et que la légitimité du *Concours* leur paraisse évidente.

C'est à ceux-ci, que nous nous adressons en ce moment. Si nous pouvions leur faire comprendre qu'ici tout se fait au grand jour, entre confrères, que notre programme mérite leur adhésion immédiate et qu'il n'a que le tort d'être

une chose nouvelle; s'il nous était possible de faire, dans leur esprit, la lumière complète, nous nous rapprocherions de la réalisation entière de nos vœux. Mais le temps conspire en notre faveur et nous pouvons attendre leur adhésion réfléchie au *Concours Médical*.

Le Directeur.
A. Cézilly.

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Colin a entretenu l'Académie du charbon. Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs, une analyse de ce savant mémoire intitulé : *Analyse expérimentale de la pustule maligne, de l'œdème charbonneux, détermination de leur formes variées et de leur degré de virulence.*

Lorsqu'on insère dans une piqûre, dans une scarification, ou une plaie quelconque de la peau d'un animal peu apte à contracter le charbon, un peu de sang charbonneux, et cela de façon à reproduire les conditions dans lesquelles paraît se développer la pustule maligne chez l'homme, on obtient des résultats très variés se rapportant aux chefs suivants :

1° Un simple pertuis à demi fermé qui conserve pendant quelques jours la matière virulente insérée ;

2° Un érithème diffus qui dure très peu et s'évanouit presque subitement ;

3° Une pustule maligne simple, plus ou moins saillante, rouge, ombiliquée, donnant d'abord de la sérosité, puis un liquide séro-purulent ;

4° Un œdème simple, sans changement dans l'état de la peau ;

5° Une pustule suivi d'œdème ;

6° Un œdème suivi de pustule ;

7° Une pustule et un œdème débutant simultanément ;

8° Une pustule avec œdème et érythème ;

9° Une tumeur phlegmoneuse.

10° Enfin un simple bubon avec lymphangite du voisinage.

Toutes ces formes peuvent être étudiées sur le chien. Elles peuvent être observées, presque toutes réunies sur un même animal, selon les régions inoculées.

Le fait de l'existence de nombreuses variétés de pustules charbonneuses sur l'animal nous explique suffisamment le défaut de concordance des descriptions qu'on a données de la pustule maligne de l'homme. Chaque observateur a décrit seulement les types qu'il a eus sous les yeux, et encore n'a-t-il pu en donner les caractères qu'à partir d'une période un peu avancée, les ayant rarement vus dès le début.

Chez le chien adulte, le plus souvent le charbon inoculé reste local, et la virulence après avoir été manifeste durant quelques jours s'éteint sur place. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Pour voir ce qui se passe dans l'un et l'autre cas, prenons pour exemple deux chiens à pustules charbonneuses, développées en même temps, au même point, par exemple, à l'aine ou aux mamelles, et suivons-les comparativement. Le premier, le deuxième, le troisième jour, les tumeurs sur les deux animaux peuvent se ressembler exactement ; elles donnent de la sérosité claire, virulente, plus ou moins chargée de bactéridies, Il y aura un peu de fièvre et d'inappétence, mais pas de troubles digestifs, pas de prostration ; dès la fin du troisième jour, ou le quatrième, ou le cinquième, sur l'un des malades la tumeur peut perdre sa teinte rouge, s'affaisser, s'altérer au sommet, ou entrer en suppuration, et dès lors la fièvre se calme, l'appétit remonte et l'animal guérit sans aucun traitement. Mais sur l'autre, au contraire, la tumeur, loin de tendre à la résolution, demeure rouge, devient vergetée, marbrée, violacée, la fièvre persiste, il y a prostration croissante, affaiblissement du pouls, enfin refroidissement et mort dans le cas d'affection charbonneuse généralisée.

Si l'on tue ces animaux le quatrième, le cinquième et le sixième jour, voici ce qu'on observe sur celui dont la tumeur était en voie de résolution : le liquide du pertuis a disparu ; s'il persiste en petite quantité, il ne montre que des leucocytes, de fins granules, plus de bactéridies ; les vaisseaux sont libres, il y a peu de sang extravasé, presque plus d'œdème ; les ganglions les plus voisins de la tumeur sont à peine tuméfiés, n'ont pas changé de teinte ; leur pulpe inoculée au lapin ne détermine pas le charbon, la rate n'est pas hypertrophiée, le cœur est sans ecchymoses, la mu-

queuse intestinale n'est congestionnée en aucun point.

Sur cet animal le charbon est devenu simple accident local, la virulence s'est éteinte dans son foyer, la bactéridie a disparu des parties où elle avait été introduite, de l'œdème où elle s'était disséminée et de toutes les parties où elle avait pénétré; elle a péri sans laisser de traces de son passage. Sur le second chien, la tumeur a conservé son volume, la peau une teinte sombre, cyanosée, les vaisseaux sont gorgés de sang visqueux, tous les tissus infiltrés de liquide sanguinolent. Il y a œdème étendu au loin, tout est virulent dans la tumeur, les bactéridies y abondent, ici longues, flexueuses, là en courts segments dissociés, les uns transparents, les autres pourvus de points brillants sur le trajet ou à leurs extrémités. En outre le charbon s'est étendu au-delà des limites de son foyer. Non-seulement les ganglions périphériques, mammaires, inguinaux, sont tuméfiés, noirâtres, souvent réduits en bouillie; mais les pelviens, les sous-lombaires, et tous ceux qui se trouvent sur la route des élements virulents offrent de semblables altérations. Leur pulpe diffluente est pleine de bactéridies plus longues que celles du sang. Si l'affection était à son terme, la rate s'est hypertrophiée, chargée de bactéridies comme les ganglions lymphatiques, l'intestin grêle commence à se congestionner, les ecchymoses se produisent dans les cavités gauches du cœur, etc.

Les ganglions qui, dans le premier cas, n'ont pas pris une part notable au travail morbide, l'ont limité et circonscrit : dans le second, se sont transformés les uns après les autres en bubons qui ont joué le rôle de pustules malignes internes surajoutées à la première. Les foyers d'infection sont donc d'autant plus nombreux, la maladie se généralise d'autant plus sûrement et d'autant plus vite, que la pustule s'est développée dans une partie où les ganglions lymphatiques sont le plus multipliés.

Mais ce n'est pas tout. Et des différences individuelles, des conditions mal déterminées jusqu'à présent influent considérablement sur l'issue fatale ou non.

Au point de vue de la pathologie, la pleine évolution de la maladie charbonneuse qui procède de la pustule maligne peut se diviser en cinq périodes. La première comprend le développement de la pustule, la seconde est un temps d'arrêt, la troisième répond au développement des bubons ou pustules malignes ganglionnaires, la quatrième est un nouveau temps de suspension, et la cinquième est le moment de l'infection générale du sang et des organes. Expérimentalement, on trouve qu'au début la virulence existe seulement au centre de la tumeur, qu'elle s'est étendue plus tard aux ganglions et finalement à la masse du sang.

En résumé, les animaux réputés réfractaires au charbon contractent parfaitement la pustule maligne accompagnée ou non d'œdème.

Cette pustule ou cette tumeur prend des formes très variées, suivant les points du corps où elle se développe. Dans tous les cas, sans aucune exception, la tumeur charbonneuse est virulente par la sérosité de son pourtour, par son sang, ses liquides extravasés, souvent par son œdème. Cette virulence s'éteint progressivement à partir de la soixante-quinzième ou de la quatre-vingtième heure, quelquefois plus tôt. La pustule disparaît, soit par résolution simple, sans s'ouvrir, soit après avoir laissé suinter de la sérosité, en donnant une escarre sèche, en suppurant, en s'ulcérant dans une grande étendue. Elle guérit spontanément par l'un quelconque de ces modes de transmission dans les neuf dixièmes des cas sur les chiens adultes. Toutes les fois que la tumeur charbonneuse entraîne des lésions graves dans les ganglions lymphatiques, elle tend à produire un état général qui devient souvent mortel, surtout chez les jeunes sujets.

M. Colin termine en résumant cent cinquante-trois observations d'inoculation faites sur des chiens ou des chats, et dont vingt-trois seulement ont été suivies de mort.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE DANS LES MALADIES ARTICULAIRES.

(*Suite*).

Hydarthrose. Avant de penser à recourir à l'arthrotomie, ou même à la simple ponction, la plupart des auteurs recommandent d'abord un traitement plus simple. On conseille d'ordinaire de réserver ces opérations pour les cas où la maladie menace de passer à l'état chronique.

La question mérite d'être longuement et soigneusement étudiée et nous pensons être utile à nos lecteurs en analysant les considérations présentées sur ce point par M. le Dr Piéchaud (*loc. cit.*)

Examinons d'abord par quelles phases passe l'arthrite hydropique, et quelles lésions résultent de son état chronique.

Lorsque l'hydarthrose apparaît sur un genou, cas le plus fréquent, elle se présente avec des caractères sub-aigus que révèlent un peu de douleur, de la difficulté des mouvements, et une tension plus ou moins grande des culs-de-sacs ; ou bien, sans troubler les fonctions du membre, s'accuse simplement par une tuméfaction légère qui dessine les diverticula de la synoviale. Ces deux cas, qu'ils soient le résultat d'une fatigue articulaire ou d'une fluxion rhumatismale, peuvent guérir en peu de temps, sous l'influence du repos; *mais bien souvent un traitement actif doit être employé.*

On sait les ressources multipliées de la révulsion, de la compression, de l'immobilité et même des dérivatifs tels que le calomel ou les purgatifs ordinaires. Depuis longtemps on franchit, en général, cette seconde période ou on la prolonge pour en arriver à une ressource devant laquelle grand nombre de chirurgiens ont reculé et que beaucoup n'acceptent pas encore aujourd'hui : la ponction de la synoviale. Si la ponction n'obtient aucun effet, on la répétera peut-être, ou bien l'injection iodée viendra terminer le traitement par une guérison définitive ou par un nouvel échec.

Pendant la longue durée de ce traitement, que se passe-t-il? La synoviale s'épaissit et les tissus périsynoviaux s'indurent, les extrémités osseuses, elles-mêmes, peuvent s'altérer à la longue et présenter soit de légères atrophies soit des altérations des cartilages, les ligaments se relâchent et la jointure perd de sa solidité. Une autre complication bien connue depuis peu, décrite par le Dr Valtat, l'atrophie musculaire des deux segment du membre, s'accentue avec une gravité d'autant plus grande qu'elle apparaît plus tôt; on l'a trouvée dans de nombreuses observations, dès les premiers temps de la maladie.

Enfin, il faut se rappeler que les altérations de l'os, de la synoviale, du cartilage, pour peu qu'il s'agisse d'un sujet scrofuleux ou débile, pourront prendre les caractères de l'arthrite fongueuse.

Or il est à remarquer que si des hydarthroses très-légères, avec peu d'épanchement, guérissent d'elles-mêmes après avoir résisté à un traitement même assez actif, il en est d'autres qui doivent être jugées rapidement comme plus graves. *Ce sont toutes les hydarthroses accompagnées d'un vaste épanchement qui résistent sans même se laisser modifier par les soins dirigés contre elles, tels que vésicatoires, compressions.*

Ces considérations diverses ont conduit certains chirurgiens, à pratiquer l'arthrotomie pour la simple hydarthrose. Le professeur Lister, Wolkmann, ont souvent guéri des malades par ce procédé, qu'on est tenté de considérer, à première vue, comme des plus téméraires.

La ponction d'autre part, dans ces derniers temps, est entrée dans la pratique; de nombreux faits ont été publiés. On a vu des hydarthroses guérir après une seule ponction, quelquefois après un plus grand nombre; mais d'autres résistaient énergiquement à l'évacuation du liquide et les modifications profondes de la synoviale ayant été considérées comme au-dessus des ressources de la simple évacuation, Velpeau et Bonnet pensèrent à modifier les tissus malades en injectant un liquide capable de développer à sa surface un certain degré d'inflammation. Le traité d'iodothérapie de Boinet contient de nombreux exemples d'hydarthroses anciennes guéries par l'injection iodée, et guéries avec conservation des fonctions du membre, sauf dans quelques cas malheureux. Quand a paru la méthode antiseptique, on se trouvait donc en présence d'un fait: l'heureuse influence de l'évacuation du liquide et l'utilité qu'on devait retirer d'injections irritantes.

Convaincus, en outre, qu'ils étaient de la facilité avec laquelle on évite la suppuration en suivant exactement les règles de la méthode, les chirurgiens listériens n'eurent plus d'hésitation, ils adoptèrent les uns la ponction suivie d'injection phéniquée, les autres l'incision large de la synoviale et ils étendirent leurs procédés non plus aux cas rebelles, mais à tous ceux qui menaçaient de le devenir. Repoussaient-ils l'injection iodée? Non. Reconnaissant l'action plus énergique de l'iode, ils la réservaient pour les articulations réfractaires au courant phéniqué. Ce sont là les conclusions de Schede qui a mis en honneur la ponction suivie de l'injection d'acide phénique.

Mais si la ponction réussit, pourquoi avoir recours à l'arthrotomie? Les observations sont aujourd'hui fort nombreuses, et un mémoire, très-complet et riche en observations de Schede, montre que la ponction suivie de l'injection d'acide phénique, la *ponction antiseptique* offre des avantages considérables dans le traitement des affections articulaires.

Si Lister, Wolkmann et quelques chirurgiens français acceptent l'incision large, c'est que la simple ponction guérit les cas récents, sans lésions des tissus profonds et que, pour eux, l'incision antiseptique n'offre pas plus de danger que la ponction antiseptique, tout en ayant l'avantage d'un résultat plus prompt dans la plupart des cas.

On cite des cas où l'injection iodée est restée impuissante; or dans ces cas on conviendra que l'arthrotomie reste la seule ressource du chirurgien. Pour Lister et scs partisans le fait seul de diminuer, par l'incision, la tension de la synoviale et de donner au liquide un écoulement facile, constitue le principe auquel on doit obéir; la sûreté du pansement qui évite, certainement, la suppuration achève d'établir la conviction à laquelle ils obéissent. On voit, en effet, l'hydarthrose récidiver souvent après des traitements énergiques, toutes les fois que le traitement cesse de contrebalancer l'hypersécrétion synoviale. C'est à ces cas récidivants que Lister applique la large incision, toujours bonne dans les hydarthroses essentiellement chroniques.

Le principe admis par le professeur de Londres ne semble-t-il pas découler directement des échecs enregistrés par les autres méthodes? Ne semble-t-il pas probable que si ces méthodes sont quelquefois impuissantes, dit M. Piéchaud, la raison doit en être cherchée dans ce fait, que, dans la synoviale malade, il reste une quantité de liquide pathologique suffisante pour déterminer une nouvelle hypersécrétion? L'iode ou l'acide phénique injectés sont bien chargés de modifier les surfaces malades, mais qu'adviendra-t-il de la poussée subaiguë qui suit leur pénétration dans la séreuse?

Quoi qu'il en soit des raisons données pour soutenir l'arthrotomie, elle est toujours passible de cette grave objection : il vaut mieux, en définitive, laisser à l'état chronique une hydarthrose ancienne que d'exposer à des accidents souvent très-graves après une plaie de l'articulation. Nous ajouterons plus encore : les faits ne sont pas assez nombreux pour ériger en principe qu'on doit recourir à l'incision.

Cependant des cas assez nombreux sont aujourd'hui connus, et nous savons qu'autour du professeur Lister, que, dans la pratique de Wolkmann, on considère comme inoffensif de traiter ainsi les hydarthroses rebelles.

Cette conviction a, du reste, pénétré dans l'esprit de plusieurs chirurgiens français.

Ainsi M. Piéchaud dit que M. le docteur Terrier n'hésiterait pas, le cas échéant, à inciser une hydarthrose ancienne et que cette manière de voir est aussi celle de M. le professeur Panas, dont il cite d'ailleurs une belle observation dans ce sens. M. Lucas-Championnière, qui, mieux que personne connaît les avantages du pansement de Lister, a des idées également très-arrêtées sur cette question. Il a vu opérer, dans le service du professeur Lister, deux malades qui en peu de temps guérirent sans raideur articulaire et dont la guérison se maintint absolument par la suite. Un autre malade lui fut montré, c'était un jeune chirurgien qui, peu de temps auparavant, n'avait pas hésité à confier son articulation au bistouri du professeur Lister ; comme les deux précédents il jouit aujourd'hui de l'intégrité de ses mouvements.

L'immense avantage de l'incision serait donc la rapidité de la guérison et l'absence constante de récidive.

Il est évident que les résultats obtenus par Lister et ses imitateurs sont dignes d'attention, et on peut dire que le chirurgien, grâce à la méthode antiseptique, peut ouvrir les articulations, débarrassé de toute crainte pour l'issue d'une tentative considérée, il y a peu de temps encore, comme une témérité presque condamnable.

Pour l'hydarthrose toute la question est de savoir dans quels cas on devra choisir l'arthrotomie ; dans quels cas on aura recours à la ponction, suivie d'injection iodée ?

Voici la règle que M. Piéchaud croit pouvoir formuler à cet égard : si l'injection iodée échoue, on doit recourir à l'arthrotomie. Cependant il n'accepte cette conclusion qu'avec réserve, et il a grand soin de rappeler les cas désastreux où l'injection iodée a amené la suppuration. Ces cas tendraient à prouver qu'il vaut mieux recourir d'emblée à l'arthrotomie. L'avenir décidera si cette conduite, qui est la plus hardie, ne sera pas aussi la plus sage.

Arthrite purulente. — Sous le nom de ponction antiseptique Schede entend l'évacuation des collections liquides intra-synoviales suivie de l'injection d'une solution phéniquée.

Schede a appliqué ces ponctions antiseptiques à des épanchements simples et à des épanchements purulents.

Nous rapporterons les conclusions du chirurgien allemand.

On devra ponctionner: 1° Dans les cas de synovite aiguë due à une exsudation très forte, faisant craindre la rupture de la capsule ou occasionnant une grande douleur;

2° Dans les épanchements séreux subaigus et chroniques, si un traitement approprié n'amène

pas la résorption spontanée en peu de temps. C'est le cas de l'hydarthrose chronique qui résiste aux moyens en usage;

3° Dans les cas d'épanchements articulaires qui aboutissent à la suppuration et que Wolkmann appelle suppurations articulaires catarrhales;

4° On ponctionnera les épanchements de sang traumatiques;

5° On ponctionnera certains cas d'arthrite urique avec épanchement augmentant graduellement;

6° Les arthrites parenchymateuses suppurées qui tendent à la perforation.

Dans l'arthrite suppurée, d'autres chirurgiens ont été plus loin que Schede et ont nettement posé les indications de l'arthrotomie dans l'arthrite purulente aiguë, simple ou liée à de l'ostéo-myélite; dans l'arthrite purulente pyoémique ou consécutive à un érésypèle phlegmoneux; dans celle qui reconnaît pour cause une traumatisme, la blennorrhagie ou le rhumatisme.

Il faut voir dans ces faits une tendance bien naturelle et très-logique. Il faut bien réfléchir que si la ponction réussit et, cela grâce aux précautions antiseptiques, il n'y a pas de raison de ne pas aller jusqu'au bout et de ne pas user des ressources de cette magnifique méthode, un des titres de gloire de la chirurgie contemporaine.

Parmi les chirurgiens français qui ont eu recours à l'arthrotomie dans ces cas, M. Piéchaud cite ses maîtres: MM. Broca et Lucas-Championnière; les médications peuvent varier, dit-il, pour chacun de ces cas, mais le principe n'en reste pas moins; évacuez le pus et l'évacuez largement de manière qu'il ne stagne pas et s'écoule à mesure qu'il se reproduit.

(*A suivre*). D^r P.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur une forme particulière du charbon chez l'homme, par le docteur Millet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

On trouve dans tous les auteurs une description parfaite et identique de la pustule maligne et de l'œdème malin. A côté de ces manifestations du charbon, il en existe d'autres dont les caractères sont moins précisés. Nous observons fréquemment à Nanteuil (Oise) et dans les pays voisins, une affection qui parait avoir la même origine que les formes communes du charbon humain, mais qui en diffère par les signes physiques qui la caractérisent, par sa marche et sans doute aussi par sa terminaison.

Dans les seize cas où nous l'avons observée, cette affection siégeait aux doigts des mains.

Dans trois cas, chez une femme, un jeune homme et un enfant de quelques mois, nous n'avons pu trouver l'origine du mal. Il s'était développé par contre treize fois à la suite d'un contact direct de l'organisme humain avec les dépouilles d'animaux charbonneux.

Parmi ces treize malades se trouvaient six bergers, deux bouchers et deux équarisseurs; tous, par profession, avaient sacrifié des animaux malades du sang, en avaient dépouillé les cadavres et apprêté les diverses parties, pour la cuisson, pour la vente ou pour les divers usages industriels.

Ont été atteints également un cultivateur et deux bonnes de ferme. Tous trois avaient détaillé de la viande charbonneuse fraîche ou salée pour la faire cuire, ou pour la vendre à leurs voisins.

La voie d'entrée du poison a été le plus souvent une coupure ou une piqûre d'os, pendant le travail. Dans d'autres cas, l'inoculation a dû se faire par une érosion cutanée préexistante au contact, ou peut-être même par la piqûre d'un insecte contaminé.

Le dos des doigts, quatorze fois sur seize, et deux fois seulement leurs faces latérales étaient le siège du mal: jamais nous ne l'avons vu sur la face palmaire. Trois fois sur seize, les lésions étaient multiples, occupant deux ou trois doigts.

Quoique moins fréquente que la pustule maligne, cette affection n'est pas rare. Nous l'avons, en effet, rencontrée, en douze ans, seize fois, contre cinquante-cinq pustules malignes et deux œdèmes charbonneux.

Tous les malades qui se sont présentés à nous étaient atteints depuis plusieurs jours. Le mal était en plein développement et présentait les caractères suivants:

Sur un ou plusieurs doigts, élevure d'un bleu noirâtre, comme recouverte d'un mince voile gris, au travers duquel perce plus ou moins la teinte bleuâtre. Cette élevure est assez régulièrement ronde ou ovalaire. Elle occupe dans la période d'état une surface variable, mais toujours assez étendue, tout le dos d'une phalange par exemple.

La tumeur fait une saillie de plusieurs millimètres au-dessus des parties voisines; saillie plus marquée généralement à la circonférence où elle atteint trois à quatre millimètres que dans la partie centrale. Celle-ci par conséquent apparait comme déprimée, ce qui donne à la masse l'aspect cupuliforme. Si l'on incise cette masse saillante, on reconnait que l'on a affaire, non pas à une phlyctène, mais bien à une tumeur solide, formée par un tissu mou d'un rouge brun, qui laisse sourdre quelques gouttes de sérosité noirâtre.

La tumeur est parfois entourée d'un étroit anneau rouge foncé, qui assez souvent fait défaut. L'aspect cupuliforme n'est pas non plus constant. Quelquefois, au contraire, on rencontre une saillie acuminée, comme dans les observations 3 et 4, où la tumeur avait plus d'un centimètre d'épaisseur.

La tumeur est indolente.

A ces signes objectifs viennent, quoique assez rarement, s'en joindre d'autres, dus à l'entrée du

poison dans le système lymphatique. On voit alors une traînée rouge sombre, plus ou moins marquée, partir de la tumeur et gagner l'avant-bras et le ganglion sus-épitrochléen, et même longer le bras pour atteindre les glandes de l'aisselle. Ces traînées lymphatiques font quelquefois une saillie considérable. Elles sont environnées généralement d'un certain gonflement et accompagnées d'une douleur assez marquée. Elles sont remarquables par la coloration foncée qu'elles affectent. Nous n'avons observé qu'une seule fois cette lymphangite. Elle accompagnait une tumeur de l'extrémité unguéale de l'index droit.

Ces signes objectifs sont absolument différents de ceux que présente la pustule maligne à la même période. Mais ces deux affections n'en ont pas moins à leur début la plus grande ressemblance. En effet, d'après les renseignements fournis par plusieurs de nos malades, le début de la tumeur que nous avons décrite serait marqué, comme celui de la pustule maligne, par l'apparition d'une petite tache rose, accompagnée d'une vive cuisson. Cette tache ferait place, après vingt-quatre heures environ, à une papule bleuâtre qui irait en s'accroissant ainsi que nous l'avons montré.

Pas plus que la pustule maligne, l'affection que nous signalons, ne débute immédiatement après le contact auquel elle peut être rapportée. Elle présente au contraire une période d'incubation, sur laquelle nous n'avons pas de données très-précises. Constamment, elle a été de plusieurs jours, dans les seize cas que nous avons observés ; neuf jours, dans l'observation première.

Par contre, il y a entre ces deux affections une grande différence dans leur marche. Une fois éclose, la pustule maligne progresse rapidement. Chez les malades qui se présentent au médecin habituellement dans les trois ou quatre premiers jours, on voit déjà la période d'intoxication générale commencée, ou tout au moins être imminente ; et il est rare que la maladie abandonnée à elle-même dure plus de huit à dix jours.

Ici, au contraire, le mal va lentement. Nous ne saurions dire combien de temps durerait cette affection si elle était abandonnée à elle-même ; mais, chez les malades que nous avons vus, plusieurs jours, dix jours après le début de la tumeur, il n'y avait aucune menace d'intoxication générale. Seulement, dans les cas les plus anciens, nous avons pu constater un léger gonflement qui tendait à augmenter.

Malgré cette marche lente, la tumeur des doigts amènerait-elle enfin les phénomènes généraux qui sont la terminaison de la pustule maligne? Nous ne saurions le dire. Dans un cas où la guérison a eu lieu spontanément, les phénomènes phlegmasiques qui l'annonçaient se sont montrés de bonne heure, trois jours après l'apparition du mal ; et ils l'ont détruit complètement en trois ou quatre jours. Nos quinze autres malades ne nous ont pas permis d'attendre, et il nous a fallu appliquer le caustique dès notre premier examen. Nous n'avions, du reste, aucune répugnance à le faire. En admettant, en effet, que l'on n'ait pas été à se prémunir contre une terminaison fatale, la cautérisation pratiquée de bonne heure causera moins de ravages que n'en déterminerait une guérison spontanée tardive. La nature guérit, en effet, par l'inflammation suivie de mortification de toutes les parties qui ont été empoisonnées, et celles-ci seront d'autaut plus étendues que le mal aura duré plus longtemps.

Il nous reste, pour terminer, à examiner une question capitale : Quelle est la nature de l'affection que nous avons décrite ?

Il nous semblerait difficile d'en faire autre chose qu'une affection charbonneuse.

Dans treize cas sur seize, l'origine du mal a été certaine. Il y a eu contact de la partie malade avec les dépouilles d'animaux morts du sang de rate. Dans quelques cas même, les malades se sont piqués ou coupés pendant le contact.

Cette affection, du reste, a une tendance éminemment gangréneuse, tandis que l'inoculation de matières putrides, septiques, produit souvent des accidents phlegmoneux suivis de suppuration.

Cette dernière raison nous empêche également de considérer cette affection comme l'expression humaine du charbon sans bactéridies signalé par différents observateurs et dont M. Davaine a démontré la nature septique, en l'étudiant, sous le nom de « maladie septique de la vache, regardée comme de nature charbonneuse. » Du reste, les animaux qui ont communiqué les lésions observées par nous ont présenté les symptômes et offert les lésions de la maladie du sang de rate. A part quelques-uns qui ont été abattus, tous ont succombé, tandis que les animaux atteints du charbon sans bactéridies guérissent habituellement. D'où viennent donc les caractères spéciaux de cette affection ?

Tiennent-ils à l'inoculation d'un virus charbonneux, affaibli par un commencement de putréfaction ?

Cette hypothèse pourrait être vraie pour quelques cas où le contact impur a eu lieu avec des viandes salées. Mais, dans la plupart des faits, c'est en sacrifiant l'animal atteint du sang de rate que le contact a eu lieu, ou tout au moins quelques heures seulement après sa mort. Or on sait que le virus charbonneux conserve toute sa virulence pendant un temps assez long après la mort (Collin et Toussaint). Combien, du reste, n'avons-nous pas vu de pustules malignes vraies se développer, après un contact identique à celui qu'ont subi nos malades aux avant-bras et sur le dos des mains !

Est-il possible d'invoquer la quantité de bactéridies inoculées ? L'expérimentation seule pourrait résoudre cette questiou.

Quant au rôle joué par la température, il est absolument nul, car nous avons eu des malades en toute saison.

Pour nous, nous sommes porté à le croire, c'est au siège qu'elle occupe, à la constitution anatomique des tissus qu'elle envahit, que cette tumeur spécifique, charbonneuse, emprunte l'aspect particulier qu'elle revêt aux doigts des mains, la lenteur de sa marche, l'immunité prolongée et peut-être même absolue dont jouiraient les malades s'ils n'étaient pas traités.

La densité des tissus envahis met obstacle à la

diffusion du virus ; et l'économie réagit plus facilement et plus efficacement contre un mal ainsi localisé. Dès longtemps, du reste, Enaux et Chaussier ont signalé le rôle que joue la nature des tissus envahis dans la diffusion plus ou moins rapide du charbon.

Nous croyons donc pouvoir considérer l'affection que nous avons décrite comme la forme caractéristique du charbon aux doigts, et cela avec d'autant plus de raison que la pustule maligne vraie des doigts est rare.

Tous les points de l'enveloppe tégumentaire à tissus aussi denses que ceux des doigts reproduiraient-ils la même altération ? Nous manquons de documents pour le démontrer.

Nous n'ajouterons qu'un mot au sujet du traitement. Toujours la pâte de Vienne a guéri nos malades. Nous ne saurions en dire autant pour la pustule maligne. Ce fait démontre amplement pour nous la bénignité de la tumeur charbonneuse des doigts.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les médecins législateurs

Le docteur Marie, de Saint-Aignan, nous écrivait récemment : « Les médecins, sénateurs ou députés, siégent en nombre respectable dans les deux chambres. Ils ont fondé une réunion extra-parlementaire. Pourriez-vous nous dire quelles questions ils ont étudiées, les propositions qu'ils ont faites, etc., et voilà la session près d'être close ! »

Nos lecteurs savent que le Dr Chevandier, député de la Drôme, est toujours au premier rang lorsqu'il s'agit de la défense des intérêts de notre pnofession. A notre demande, il a bien voulu nous donner les renseignements réclamés.

Mon cher confrère,

Voici ma réponse à la lettre que vous avez bien voulu me communiquer. Je comprends que nos confrères se plaignent du peu de résultats professionnels dus à la présence de nombreux médecins, dans nos assemblées politiques.

Quelques éclaircissements à ce sujet sont nécessaires :

1o Il n'y a pas la moitié des médecins députés, ou sénateurs, qui soient inscrits au groupe médical extra-parlementaire ;

2o A peine si la moitié des inscrits de la réunion peuvent suivre exactement ses délibérations. Ils sont pris par les commissions, dont ils sont membres ; par les questions politiques qui les intéressent plus particulièrement ; ils sont surmenés, comme nous tous, par les demandes innombrables qu'il faut recommander et suivre dans les ministères, etc., etc.

Ces motifs qui expliquent l'inexactitude des uns, expliquent aussi le défaut d'adhésion des autres.

Le groupe est donc condamné à n'avoir que des séances fort courtes et renouvelées à peine de mois en mois.

Cependant la commission des médecins a examiné les questions suivantes :

1o L'inspection des eaux minérales.

2o L'organisation de l'assistance médicale, sur laquelle elle a longuement délibéré. De son sein était sorti le projet Théophile Roussel et Morvan.

Le projet Waddington échoua devant la chambre par l'opposition de M. de Marcère, alors ministre de l'intérieur, qui ne voulait pas entendre parler d'imposer de nouveaux centimes aux communes.

3o Les commissions administratives des hospices, question dans laquelle j'eus à prendre la parole, dans les deux délibérations, pour opposer le droit du médecin à celui du curé, défendu par M. Dupanloup.

Le principe vrai a triomphé récemment devant la chambre et au sénat par la loi Plessier.

4o La création de plusieurs chaires dans les facultés.

5o Plus récemment l'autonomie du corps de santé militaire si vaillamment défendu, au nom de la commission par M. Marmottan ;

6o L'opposition faite par M. Cornil et par moi-même à la création d'un deuxième ordre de médecins en Algérie ;

7o Le projet de loi Liouville ;

8o La question des casernes et des hôpitaux, et j'oublie certainement d'autres projets ; cette énumération suffit pour nous relever des reproches qu'on nous adresse.

Et maintenant n'aurions-nous pas quelque droit de nous retourner contre ceux qui accusent ?

Que ne nous communiquent-ils, à leur tour, leurs propositions ? Nous avons fait connaître l'existence du groupe médical parlementaire, afin que les médecins sussent à qui adresser leurs observations ou leurs idées. Rien ne nous est venu. Il ne faudrait point arguer du manque de temps. On a le temps d'écrire des critiques, comment n'aurait-on pas celui de fixer ses idées et de nous les communiquer ?

Je ne voudrais point que ces quelques explications fussent mal accueillies. Le meilleur moyen de leur assurer l'indulgence de nos confrères, c'est d'affirmer que les communications qu'ils voudront bien adresser à la commission médicale parlementaire seront toujours reçues avec reconnaissance, examinées avec soin, et pourront devenir l'objet de délibérations, de discussions, peut-être même des projets de loi.

Soyez nos collaborateurs, chers confrères ; c'est assurément le meilleur moyen de nous mettre en demeure de légiférer.

Agréez, mon très-honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Dr Chevandier, *député.*

En remerciant M. Chevandier de sa lettre, nous verrons à faire notre profit de son invitation à plus d'initiative.

L'abonnement médical

II

Monsieur et cher Confrère.

Je vous apporte un renseignement qui peut vous être utile, sur le sujet de l'abonnement médical.

La question est beaucoup plus avancée en Espagne qu'en France.

Lorsqu'un médecin vient à manquer, dans une des petites villes ou des communes rurales de la péninsule, l'alcade réunit son conseil municipal et les plus imposés. Le conseil souscrit pour une somme de......... pour les indigents; chacun des plus imposés indique la somme annuelle qu'il compte verser à la caisse municipale; la liste de souscription est ensuite portée dans les diverses maisons de la commune, est une fois le montant total de la souscription connu, on le porte à la connaissance des jeunes médecins voulant s'établir dans la commune. Ils n'ont plus qu'à l'accepter ou à débattre les conditions posées. Le percepteur se charge de recueillir les souscriptions et de payer le médecin chaque trimestre.

Il est dans les usages espagnols de donner, de plus, des cadeaux en nature à son médecin, aux fêtes de Pâques et de Noël. Ces cadeaux varient suivant qu'on est plus ou moins content de son dévouement.

Un de mes amis, médecin dans une petite ville d'Aragon, touchait, dans ces conditions, 5,000 fr. de fixe et environ 2,000 francs en nature, bon an mal an.

Agréez, etc.

Dr G. V.

En France, certaines communes de trois cents habitants réclament comme une chose due, un médecin résidant dans leur localité. Qu'elles imitent les municipalités espagnoles et que nos jeunes confrères, avant de se rendre aux désirs qu'on leur exprime, posent la question dans les mêmes termes et pour une durée déterminée. Qu'ils soient pratiques et n'aillent point sacrifier en pure perte les années de leur active jeunesse.

Admettons un syndicat de département régulièrement établi. Ce serait lui qui concentrerait les renseignements sur les offres fermes des communes, et d'autre part, sur les médecins en quête d'une situation assurée. Il aurait toute qualité pour apprécier, sans illusion, les éléments d'un poste médical rémunérateur. Les renseignements des confrères, voisins de la commune dépourvue, établirait nettement l'opportunité de la mesure.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Occupons-nous aujourd'hui des êtres inférieurs, parasites animaux, ou végétaux, dont la connaissance acquiert chaque jour une importance plus considérable, soit qu'on la considère simplement au point de vue de l'histoire naturelle, soit qu'on l'envisage surtout au point de vue de la physiologie générale. Qui ne sait quel jour les doctrines médicales reçoivent de ces études et quelle utilité elles ont dans la pratique.

Signalons d'abord *les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages avec lesquels ils peuvent être en contact, par* P. Mégnin (1).

Voilà un volume sérieux et fait consciencieusement. On y trouvera le dernier mot de la science sur tout ce qui concerne les Parasites articulés, Insectes, Arachnides et Crustacés. Chacun de ses ordres fait l'objet d'un chapitre composé de deux parties: la première consacrée entièrement à l'histoire naturelle, la seconde à la pathologie. En un mot, l'auteur nous fait connaître le parasite, son action sur le corps des animaux où il s'est établi et enfin les moyens de traitement. Il est également nécessaire de faire ressortir la beauté, le grand nombre des figures originales qui donnent à cet ouvrage une haute valeur scientifique. D'autres publications que nous attendons avec impatience traiteront de la même manière les Parasites des autres classes et des maladies qu'ils déterminent. Sachons gré à l'auteur de n'avoir pas borné ses études à l'homme, mais d'avoir compris dans son cadre les animaux domestiques et les animaux sauvages ; car il est malheureusement avéré aujourd'hui que la plupart des affections parasitaires sont transmissibles de ces derniers aux premiers et réciproquement. Il y a là une source de contagion dont on doit tenir le plus grand compte dans la pratique médicale. La lecture du livre suivant nous en fournit une nouvelle preuve.

Ce sont les *Leçons cliniques sur les Teignse* faites à l'hôpital Saint-Louis par le Dr Lailler, recueillies et publiées par le Dr Landouzy (2). Ce livre paru en 1878 a été promptement épuisé. Une seconde édition était devenue nécessaire, c'est celle que nous signalons aujourd'hui. L'auteur insiste avec raison sur l'origine rurale de la teigne faveuse, sur sa transmission facile de certains rongeurs, rats, souris ou chats, et par ceux-ci aux enfants qu'on laisse trop souvent jouer et se coucher avec ces derniers animaux. Une plus grande surveillance et une plus grande sévérité dans l'isolement pourraient amener, d'après M. Lailler, sinon la disparition, du moins l'extrême rareté de cette affection dont la guérison est si longue et si difficile. Dans ce volume d'environ 100 pages, l'habile médecin de Saint-Louis décrit avec clarté et précision les symptômes des diverses teignes, faveuse, tondante, tonsurante, et des diverses affections qu'elles entraînent, trichophytie et pityriasis versicolor. Il insiste surtout sur la thérapeutique et il fait connaître les résultats qu'il a obtenus en traitant la tondante par le cosmétique au croton tiglium du Dr Ladreit de la Charrière. Sans être toujours efficace ce mode de traitement donne de bons résultats dans

(2) Un vol. in-8, avec 63 figures dans le texte et un atlas de 26 planches dessinées par l'auteur. Librairie G. Masson, Boulevard Saint-Germain, 120. Prix 20 francs avec l'atlas.

(1) Un vol. in-8, avec 4 planches. Librairie A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix 5 fr.

certains cas et il est d'autant plus avantageux qu'il permet de se passer de l'épilation et des parasiticides. Inutile de dire que tous les médecins qui sont chargés de l'inspection médicale des enfants dans les asiles, écoles, colléges, lycées, etc., ne peuvent se dispenser de connaître les nouveaux faits contenus dans ces deux ouvrages.

C'est dans un autre ordre d'idées qu'est conçue la *Botanique cryptogamique, pharmaco-médicale* du Dr N.-Léon Marchand (1). Ainsi que l'indique le sous-titre, c'est le programme raisonné du cours qu'il professe à l'école supérieure de Pharmacie de Paris. Pour parler plus amplement de cet ouvrage qui paraît établi sur de larges proportions, nous attendrons la publication du prochain fascicule; car le premier que nous avons sous les yeux ne renferme que des données générales sur les cryptogames, leur place dans la nature, leur importance, leur utilité, etc. C'est une sorte de profession de foi, une esquisse de philosophie naturelle où l'auteur envisage successivement toutes les grandes questions qui agitent en ce moment le monde philosophique, création, transformisme, fixité ou rapports entre les divers règnes de la nature, variabilité indéfinie de l'espèce. Par tempérament l'auteur est porté vers les solutions les plus hypothétiques et les plus avancées, c'est-à-dire vers celles qui, d'après certains savants, deviendront les théories de l'avenir. Nous le répétons, cet ouvrage est établi sur de larges proportions, l'impression en est fort belle et le texte est rehaussé par les figures exactes et si artistiques de A. Faguet, dont le crayon ne connaît pas de difficultés, quand il s'agit de reproduire le monde végétal.

Dr A. B.

CORRESPONDANCE

— Dr M., 694 (Ardennes), 28 juin.
Abonnements faits. Le Dr L. est inscrit aux envois à continuer. Vous dites : « *Je ne crains pas de recourir à votre bienveillante administration, qui se multiplie, pour arriver à la création d'un fonds commun. Vos efforts seront assurément couronnés de succès. Ce que vous faites est pratique et positif, etc...* » Nous espérons que vos amis partageront les sentiments que vous voulez bien nous exprimer.

— Dr D., à A. (Seine), 28 juin.
La bande que vous nous envoyez sera la preuve irrécusable du bien fondé de nos réclamations à la poste. Nous serions bien désireux d'avoir communication du tarif adopté et des effets de sa mise en pratique.

— Dr G., à S. le Ch., 28 juin.
Nous vous inscrivons bien volontiers. La formalité de la presentation n'est pas de rigueur.

— Dr B., à L., 29 juin.
Vous êtes inscrit. Votre chaleureuse adhésion nous fait espérer celle de vos amis.

— Dr M., La B., 29 juin.
Nous avons déjà tenté cette organisation pour être agréables à l'un de nos adhérents. Elle n'a donné que des résultats insignifiants et nous y avons renoncé. Nous insérerons l'indication bibliographique.

(1) Paraît par fascicule, in-8. En vente le premier fascicule avec 30 figures dans le texte dessinées par Faquet. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon. Prix du fascicule 4 fr.

— Dr B., à L., 29 juin.
Vous dites : « *Si le médecin est exploité, c'est à cause de l'exagération de son esprit d'indépendance et de son défaut de solidarité. Un exemple d'hier : Une circulaire du préfet nous invite à désigner un délégué par canton, pour réviser les tarifs des visites et médicaments de la médecine gratuite. J'invite par lettre, jeune et encore plein d'illusions que je suis, les sept confrères qui, avec moi, résident dans le canton, à une réunion à huit jours de date pour nous concerter et, par la même occasion, former une petite société toute locale, de famille, sans dignitaires, destinée à discuter nos intérêts et les défendre. Personnellement je désirais causer avec un confrère que je ne connais pas, au sujet de quelques malades que je serais à même de lui prendre; ce que je ne veux pas faire. Le jour venu,* NOUS ÉTIONS TROIS AU RENDEZ-VOUS, etc... » Vous donnez ensuite l'énumération des mesures qui vous paraissent de nature à rendre service à toute la profession. Nous vous serions obligés de les préciser, dans une lettre que nous insérerions à l'article « *Chronique professionnelle.* » Quant à votre réunion avortée, laissez-nous vous êtes dans une profonde erreur. *Trois sur huit*, ditesvous et vous vous découragez sur-le-champ! Oui, vous êtes jeune! Oui, vous avez des illusions! mais aussi laissez-vous dire encore, que vous n'avez pas de persévérance. Vous êtes trois réunis et unis. Vous avez une excellente chose à faire et vous ne le faites pas, parce que cinq autres confrères, ou occupés, ou indifférents, se sont abstenus! Mais *trois sur huit c'est énorme* et rien ne vous était plus facile que d'agir et d'amener à vous ceux qui se sont abstenus, ou au moins la majorité. Dès ce moment vous aviez constitué votre petit syndicat. Vous auriez fait le bien et il aurait fait tache d'huile. Essayez et tenez-nous au courant. Les occasions se représenteront.

— Dr R., à S., 1er juillet.
Dans un prochain numéro.

— Dr M., à C., 30 juin.
Votre lettre nous est bien précieuse. Elle nous prouve que nous ne prêchons pas dans le désert et que nous avons, dans toutes les parties de la France de veritables collaborateurs; avec leur aide nous démontrerons la force de notre union. Reçu votre envoi et adressé le numéro au Dr de F.

— Dr A., à N. S. B., 2 juillet.
M. J. n'est pas des nôtres. Réfléchissez bien avant de tenter cette application industrielle. Nous ne voyons pas qu'elle soit pratique.

— Dr R., à A. (Algérie), 25 juin.
Vous êtes inscrit, avec votre confrère. Vous recevrez une lettre.

— Dr A., à H. (Pas-de-Calais), 3 juillet.
Vous dites : « *Il y a longtemps que je recevais le* Concours *et je me considérais presque comme membre adhérent. Sans formule d'adhésion envoyée par moi, ma position n'est pas régulière; je la signe et vous l'envoie, en vous promettant mon concours dévoué.* »
Nous vous inscrivons avec plaisir et prions tous ceux de nos lecteurs qui se trouvent dans une situation identique, à quelque titre que ce soit, de prendre le même parti que vous.

— Dr Ch., 226, 3 juillet.
Vous avez traité et guéri sans difformités, une fracture intra-articulaire du coude. Vous avez appliqué deux appareils et fait dix-sept visites. Vous réclamiez 70 fr. Le juge a donné raison au client récalcitrant et a réduit votre memoire à 50 fr. S'il en est temps encore n'acceptez pas cette situation inqualifiable. Adressez-vous, comme nous vous l'avons déjà conseillé, que vous en fassiez partie ou non, à l'*Association locale* de votre région. Le bureau arrivera aisément, par son intervention, à faire redresser cette iniquité.

— Dr P., à O., 3 juillet.
Nous vous inscrivons et vous adressons les numéros de 1880. Nous sommes à votre disposition pour vos amis.

— Dr S., 897 (Basses-Pyrénées), 2 juillet.
Inscrit M. J.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Pari Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
2me Année. — N° 29 17 juillet 1880

SOMMAIRE:

PRIX DU CONCOURS MÉDICAL

On a lu dans le numéro du samedi 12 juillet 1879.

« Nous créons, aujourd'hui, un prix de cinq cents francs, qui sera délivré en juillet 1880 par les deux donateurs qui mettent, en ce moment, la somme à notre disposition. D'après leurs intentions, le prix sera attribué à l'auteur de l'un des meilleurs travaux de Médecine ou de Chirurgie pratique fournis au journal, par un de nos confrères, fondateur, participant, ou abonné. »

MM. Henri et Paul C... nous ont témoigné leur désir d'offrir le prix à M. le docteur Gassot, de Chevilly (Loiret), membre fondateur, pour ses deux remarquables études: *De la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac. — Le charbon.*

Nous nous conformons à ce vœu, et prions notre confrère de vouloir bien agréer nos remerciements, pour sa précieuse collaboration.

Nous indiquerons dans un des prochains numéros ce qui a trait au *prix des membres fondateurs.*

LA DIRECTION.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La science française a fait une perte immense en la personne de Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur à la faculté de médecine, membre de l'académie de médecine et sénateur.

Broca était un savant plus encore qu'un chirurgien.

Il était jeune: il était né à Sainte-Foy-la-Grande, dans la Gironde, le 28 juin 1824; il n'avait donc que cinquante-six ans, et l'on demeure confondu du nombre considérable de travaux de premier ordre qu'il a fournis pendant une carrière relativement courte.

Son père était un médecin distingué; nous avons connu ce vieux praticien à tête vénérable, mort il y a trois années seulement, qui se plaisait à suivre le service et les cours de son fils, comme son élève et son admirateur le plus assidu. Broca se trouva naturellement ainsi amené à étudier la médecine. Il franchit rapidement tous les échelons: interne en 1846, il était agrégé et chirurgien des hôpitaux en 1855. Il aborda en maître toutes les grandes questions de la chirurgie contemporaine: les hernies, les anévrismes, les tumeurs furent tour à tour l'objet d'études originales. Anatomiste, anatomo-pathologiste, micrographe, il prit place avec les Charles Robin, les Verneuil, les Follin, parmi ceux qui allaient régénérer l'École. Sa collaboration à *l'Atlas d'anatomie descrip-*

tive du corps humain de Bonamy et d'Emile Beau, montre ce que peut l'esprit philosophique appliqué aux sciences naturelles.

Broca fut le créateur de la société d'anthropologie et de l'école libre des sciences anthropologiques.

Son œuvre anthropologique est considérable: c'est une encyclopédie ; mémoires sur les animaux ressuscitants, sur l'hybridité, sur les caractères physiques de l'homme préhistorique, sur l'ordre des primates (parallèle anatomique de l'homme et des singes — un chef-d'œuvre de science et de méthode), sur l'origine et la répartition de la langue basque, sur la topographie crânio-cérébrale, sans parler de ses instructions générales pour les recherches anthropologiques, de ses instructions crâniologiques et crâniométriques si précieuses pour les voyageurs, et d'une multitude d'articles de fonds répandus dans le Dictionnaire encyclopédique, dans la Revue d'anthropologie qu'il subventionnait généreusement de ses deniers, le ministère de l'instruction publique ayant oublié que Société et Revue honoraient la science française en Europe.

On peut dire que la mort de Broca est un deuil national.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE DANS LES MALADIES ARTICULAIRES.

(*Suite*).

Nous croyons utile de dire quelques mots sur les *arthrites fongueuses* et sur les corps étrangers articulaires.

Le docteur Letiévant (de Lyon), qui a appliqué l'arthrotomie avec le pansement antiseptique à l'arthrite fongueuse sans lésion profonde des os, est arrivé sur ce point aux conclusions suivantes :

1o L'abrasion totale des fongosités d'une articulation est possible.

2o Celle du coude est d'une grande innocuité dans ses suites immédiates.

3o Relativement, la réparation consécutive à ce mode opératoire s'effectue avec rapidité.

4o Dans ses résultats éloignés cette méthode conserve la précision des mouvements et évite, pour le coude, la flexion latérale et l'inertie par immobilité exagérée.

5o Cette méthode agrandit le champ des études anatomo-pathologiques sur les désordres intra et extra-articulaires causés par les fongosités.

Les *corps étrangers articulaires* sont encore justiciables de l'arthrotomie, grâce à la méthode antiseptique. On pourrait se demander cependant s'il ne vaudrait pas mieux s'en tenir soit à la méthode sous-cutanée, soit à la méthode de Goyrand (d'Aix). Cette dernière méthode, si elle a diminué le nombre des morts, a singulièrement augmenté le chiffre des insuccès.

L'arthrotomie se trouve indiquée seulement lorsque les douleurs et la gêne sont telles que le malade réclame impérieusement l'opération et consent à se soumettre aux chances de l'intervention chirurgicale; enfin la méthode antiseptique, pansement ouaté ou pansement de Lister, doit être rigoureusement appliquée. L'extraction directe qui ouvre immédiatement la jointure a ses dangers, mais ces dangers paraissent conjurés par les antiseptiques; de telle sorte qu'étant donnée l'obligation d'intervenir, il faudrait la préférer à l'extraction sous-cutanée en plusieurs temps dont les insuccès sont aujourd'hui bien prouvés (Piéchaud).

Voici d'ailleurs, les conclusions d'un travail très-remarquable du docteur Bernard qui résume sur ce point l'état de la science actuelle.

1o Depuis quelques années le chirurgien est en possession de deux méthodes qui, appliquées à l'extraction dés corps étrangers articulaires, permettent d'espérer une guérison plus certaine qu'avec les méthodes anciennes, ce sont la méthode antiseptique et le pansement ouaté.

2o L'opération avec méthode antiseptique nous paraît de beaucoup supérieure à celle par la méthode directe et à cellc de Goyrand, son exécution n'offre aucune difficulté. Elle ne donne lieu à aucun des accidents ordinaires des plaies articulaires, c'est-à-dire l'arthrite, le phlegmon diffus, la pyohémie. Pour arriver à ce résultat il faut suivre les règles prescrites par Lister, qui recommande non-seulement de neutraliser les germes infectieux pendant et après l'opération, mais encore d'assurer par le drainage l'écoulement des liquides qui peuvent se former dans l'articulation ouverte.

3o Tout en prenant ces précautions on doit chercher la réunion immédiate de presque toute la plaie par des sutures, ce qui diminue la durée de la réparation.

4o Au point de vue des mouvements, la méthode antiseptique assure leur intégrité, pourvu que l'articulation n'ait pas été le siège d'une inflammation préalable de longue durée. Car en ce cas les tissus périarticulaires sont hypertrophiés et entraînent une roideur dont on ne peut incriminer la méthode de traitement.

Luxations irréductibles. — Les luxations irréductibles sont rarement des infirmités telles qu'une opération sanglante puisse leur être appliquée. Le plus ordinairement, les muscles, par leurs actions constantes, sollicitent peu à peu l'os déplacé à des mouvements qui finissent par être obtenus, grâce à une nouvelle articulation qui s'établit entre les surfaces en contact. Cependant, pour en arriver à ce résultat, il faut de la part du patient une grande énergie pour surmonter la

douleur et de la part du chirurgien une longue persévérance. Plusieurs malades préféreront conserver un membre ankylosé que de se soumettre pendant de longs mois à des mouvements passifs, aux massages plus ou moins douloureux : cependant, comme le fait remarquer Malgaigne, quels résultats étonnants sont quelquefois obtenus ! Un membre paraît quelquefois condamné à l'impuissance, mais par des manœuvres graduées le blessé, s'il sait attendre, retrouvera presque tous ses mouvements. Il y a peu de temps, en septembre dernier, nous avons pu examiner un cultivateur qui, il y a une vingtaine d'années s'était, dans une chute d'un lieu élevé, luxé le bras en dedans. Resté sans secours il avait, après de longues souffrances, constaté que tout mouvement lui était interdit et commençait déjà à s'habituer à son infirmité lorsque peu à peu, il sentit que peut-être il pourrait guérir.

Sans autre guide que son instinct, il communiqua lui-même à son articulation des mouvements passifs, pendant plusieurs mois, plusieurs années même et aujourd'hui il peut non-seulement se livrer aux travaux des champs, mais encore se servir avec adresse d'un fusil de chasse. L'extension est complète, la flexion l'est en grande partie; les mouvements de supination et de pronation s'exécutent à peu près complètement. Les désordres sont pourtant considérables du côté de la jointure; l'extrémité inférieure de l'humérus est presque tout entière passée au-dedans du cubitus, qui fait une forte saillie au dehors, tandis que la tête du radius s'articule avec le bord externe de l'humérus, vers l'épicondyle.

Cet exemple, pris entre beaucoup d'autres, réfute assez les entreprises téméraires de plusieurs chirurgiens qui ont autrefois appliqué hâtivement la résection à ces déplacements osseux.

Dans ces dernières années Volkman, Esmarch, ont tour à tour, pour des luxations irréductibles, pratiqué l'incision des parties molles après avoir tenté vainement les moyens ordinaires de coaptation. Leur but était d'aller à la recherche de l'obstacle, de l'enlever ou de le repousser à travers une plaie largement ouverte et de réduire ensuite. Ils ont reussi quelquefois, mais ont dû, dans plusieurs autres cas, terminer l'opération par une résection. Certainement, ces chirurgiens ne se seraient jamais cru autorisés à une intervention aussi radicale s'ils n'avaient pas eu à leur service le pansement antiseptique; mais obéissant à une conviction profonde ils s'y sont décidés. Albert, dans un mémoire sur l'arthrotomie, au milieu de longues considérations tenant à différents sujets, publie un fait analogue à ceux des auteurs précédents et le seul enseignement qu'on puisse tirer de la lecture des observations prises en masse, est que le succès a été souvent obtenu et que l'insuccès n'a ni compromis la vie des malades, ni rendu plus mauvaise leur situation.

Il y a dans chacune de ces opérations un résultat probant à enregistrer à l'avantage du pansement antiseptique et un pas de plus fait dans le domaine de la chirurgie des articulations. Ce n'est plus du reste, la résection que préconisent les chirurgiens dont nous venons de parler, il ne peut en être question puisqu'ils s'adressent à des articulations normales qui peuvent être rétablies dans leurs rapports normaux; ils ne la pratiquent que tout autant que l'os dévié reste dans son déplacement, pour une cause inconnue, qu'on ne peut rencontrer : elle n'est pas la méthode, mais seulement un pis-aller.

Dans quel sens doit-on se prononcer ? Pour ou contre l'arthrotomie en pareil cas ? La foi seule qu'on peut professer pour la sûreté des moyens mis en usage aujourd'hui dans le pansement des plaies doit répondre à cette question : Sans elle, l'incision d'une articulation luxée est une imprudence, on peut même dire une faute grave, car l'arthrotomie se présente, non pas comme un des moyens dont la chirurgie *peut* disposer dans certains cas, mais comme une ressource qui s'impose, à un moment donné, après les essais infructueux par les autres méthodes. (Piéchaud).

Nous avons passé en revue un certain nombre de lésions articulaires et nous avons vu que grâce au pansement antiseptique les opérations, en apparence les plus audacieuses, pouvaient s'exécuter sans danger pour le patient.

Ce sont là des résultats magnifiques, et sous l'influence de ce mode de pansement des plaies, on peut dire que la chirurgie a fait des progrès inespérés.

Mais il faut fixer les idées sur le manuel opératoire de la ponction et de l'incision, et donner les indications générales du pansement antiseptique. C'est ce que nous ferons dans un prochain article.

Dr P.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE

Etat mental des épileptiques

Je ne veux point faire aujourd'hui l'histoire de l'épilepsie, j'aborderai seulement les points les moins connus et cependant assez fréquents de l'état mental des épileptiques; j'insisterai surtout sur les actes inattendus et les faits étranges qui constituent ce que depuis longtemps, en France, on appelle *épilepsie larvée*, état auquel les Américains donnent aujourd'hui le nom d'*épilepsie mentale*. C'est un état trop peu connu et cependant très intéressant, car c'est une sorte d'épilepsie de l'intelligence sans convulsions.

« La France a le malheur de posséder quarante mille épileptiques. Ces malades sont ainsi répartis : quatre mille sont séquestrés comme aliénés et trente-six mille vivent en liberté. Bien que ces chiffres soient accusés par les dernières statistiques officielles, ils sont cependant bien loin d'être l'expression exacte de la vérité. Combien de familles n'enfouissent-elles pas dans un secret douloureux l'infortune de l'un des leurs ! »

Ces trente-six mille épileptiques libres causent de grands ennuis aux médecins, à l'administration, à la justice. Les médecins occupés en rencontrent souvent et cependant Trousseau avait raison de dire : « C'est l'épilepsie que l'on méconnait le plus souvent. » Il le répétait fréquemment, et on a dit, à tort, que c'était là une exagération de langage, comme il en faisait souvent quand il voulait frapper fortement l'imagination.

Ces épileptiques forment différentes classes : épileptiques proprements dits, épileptiques aliénés, épileptiques larvés, épileptiques alcooliques et épileptiques paralytiques. Cliniquement, au point de vue de l'état mental, ils se divisent en trois catégories bien distinctes : « 1° ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence et qui vont et viennent à leurs affaires, réussissent dans leur milieu et sont même parfois assez heureux pour dissimuler leur état; 2° ceux qui ne présentent que passagèrement des troubles des facultés intellectuelles au moment ou après leurs vertiges, leurs accès incomplets ou leurs attaques et qui, dans de longs armistices, jouissent de la complète intégrité de leur raison; 3° ceux dont l'esprit est altéré profondément et d'une manière permanente, dont l'aliénation est acquise et irrémédiable et qui, lorsqu'ils ne sont point soumis à un traitement continu et très-surveillé, constituent, dans les établissements spéciaux, un groupe de malades agités, impulsifs, furieux et très-dangereux.

On rencontre dans le monde des hommes sujets à des accidents épileptiques et dont l'intelligence est intacte. Aussi quand un de ces individus est arrêté, le juge d'instruction se demande-t-il souvent quelle importance ces accidents peuvent avoir. « Non-seulement l'épilepsie n'est pas incompatible avec l'exercice le plus correct des facultés de l'intelligence, mais elle s'est parfois rencontrée chez des hommes extrêmement distingués et chez des personnes qui ont étonné le monde. Quelques exemples nous prouveront même jusqu'à quel degré d'élévation et de gloire, il en est qui sont parvenus. Au dire de Plutarque, Jules César fut épileptique et éprouva sa première attaque à Cordoue. Pétrarque mourut subitement dans l'une de ces crises convulsives. Newton fut sujet à des vertiges; et, si l'on s'en rapporte aux assertions d'un auteur dont Bayle a invoqué l'autorité, Mahomet était atteint d'épilepsie. Pierre-le-Grand fut affecté d'accidents épileptiques; le fils qu'il avait eu de Catherine fut épileptique, et l'un de ses petits-fils, Paul 1er, éprouva des troubles cérébraux. Molière, enfin, entrait quelquefois en convulsions, « ce qui, d'après son biographe Grimarest, l'empêchait de travailler pendant quinze jours. » Je ne me porte pas garant de cette dernière appréciation, mais il y a là des circonstances morbides très-étranges.

Un épileptique auteur d'un acte criminel n'est pas de ce fait irresponsable ; il faut voir si, chez lui, l'épilepsie s'accompagne de troubles intellectuels qui auraient été le point de départ de cet acte.

L'épilepsie reconnait trois ordres de phénomènes sornatiques : le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive.

Vertiges. — La classe des vertigineux est difficile à faire connaître. En effet, « l'individu affecté de vertige jouit de toutes les apparences de la santé, s'occupe de son travail ou cause tranquillement, quand tout à coup il pâlit un peu, s'arrête, paraît surpris, interrompt sa phrase, conserve les yeux fixes, lâche l'objet qu'il tient à la main ou le lance convulsivement loin de lui, et reste ainsi immobile pendant quatre, huit, dix ou douze secondes au plus. Il pousse un soupir, achève ce qu'il disait et ne se doute pas souvent qu'il vient d'être malade. Il n'est pas tombé, n'a rien vu, rien entendu, rien senti; il a été isolé du monde extérieur; il a été absent. »

C'est un vertige, mais c'est énorme ; c'est un phénomène cérébral d'une importance extraordinaire, car à la suite d'un vertige, il peut arriver des phénomènes graves. Il y a eu entr'acte, interruption. Quand on interroge un de ces malades, on n'obtient rien, il ne se souvient de rien. La perte de la mémoire, voilà l'un des grands caractères de cette affection.

Les vertigineux font des actes parfois étranges. Pendant ces troubles momentanés de leur intelligence, ils balbutient deux ou trois mots orduriers, obscènes, étranges, font des gestes, des grimaces, etc., puis tout cesse.

En appréciant ces faits, on arrive difficilement à faire comprendre qu'un homme bien portant, se livrant à ses affaires, a, par moments, l'intelligence troublée au point de commettre un attentat à la morale.

« Dans un wagon de première classe, huit personnes voyageaient un jour sur la ligne de l'Ouest. Un quart d'heure avant d'arriver à Paris, un homme d'une quarantaine d'années se lève tout à coup, vide ses poches, dépose sa montre dans son chapeau, jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille de huit ans, puis se rassied sans avoir l'air de comprendre l'indignation, les reproches, les menaces et même les violences des voyageurs. A l'arrivée du train, il est arrêté à la gare, conduit au poste, puis dirigé sur le dépôt de la préfecture sous la prévention d'outrage public à la pudeur. Je l'examinai le lendemain, le trouvai de très bonne foi, tout à fait humilié de son aventure, mais ne se souvenant de rien. Je n'eus pas de peine, après un interrogatoire minutieux et prolongé, à diagnostiquer l'épilepsie et à affirmer, dans l'espèce, l'irresponsabilité. Je prévins sa famille et on le rendit à la liberté. »

Ces faits ne sont pas rares. Quand on ne commet pas de médecins, on condamne, et les familles sont déshonorées à la suite d'un vertige épileptique.

« J'interrogeai un jour à la prison de Saint-Lazare, une femme P., âgée de trente ans, sans antécédents judiciaires, mère de trois enfants, qui sans aucun besoin avait volé une paire de souliers à un étalage, alors que le marchand était en face d'elle et la regardait. Arrêtée en flagrant délit, elle se trouble, balbutie, rend aussitôt les objets volés, pleure, proteste de toute la pureté de sa vie et ne cherche pas d'ailleurs à excuser le fait im-

puté dont elle n'a, dit-elle, ni souvenir ni conscience. C'était une vertigineuse épileptique. Pendant que j'affirmais cette opinion comme expert, les témoins entendus dans l'instruction déposaient en faveur d'absences temporaires de raison et de bizarreries inconscientes. Une ordonnance de non-lieu a été rendue. Depuis cette époque j'ai vu trois fois cette même femme. Elle avait relevé ses jupes dans un marché, mendié dans la rue, insulté un gardien de la paix, excité par paroles un vieillard à la débauche, tenté de voler le bonnet d'une petite fille de dix ans qui se rendait paisiblement à l'école, etc., etc. Dans l'un de ses égarements passagers elle s'est trempée les mains dans une casserole de lait bouillant, et elle porte d'indélébiles cicatrices.»

Et cependant on avait douté sur son compte, tout en disant: c'est étonnant, c'est extraordinaire.

Trousseau a décrit seulement deux sortes d'accidents épileptiques, le vertige et l'attaque.

Accès incomplet. Herpin, de Genève, Voisin et moi, tous trois, presque en même temps, nous avons fait connaître un nouvel accident, *l'accès incomplet* qui n'était décrit nulle part. C'est un accident intermédiaire entre le vertige et l'attaque.

« Il est principalement caractérisé par des mouvements convulsifs partiels ou plutôt des contractions involontaires de certains muscles de la face ou des membres, du mâchonnement et une sorte de déglutition automatique. »

Le malade, dans n'importe quelle attitude, s'arrête tout à coup, sa tête tourne lentement d'un côté, sa face pâlit un peu et revêt surtout une expression d'étonnement indigné, de terreur ou de fureur; puis l'un des côtés du corps se raidit, la respiration se suspend, le visage se colore, un certain mâchonnement se produit, et l'on entend dans la gorge un bruit analogue à celui de la déglutition qui se fait à vide. Il n'y a ni cri initial, ni chute. Au bout de dix à trente-cinq secondes, tout rentre dans l'ordre, et l'on n'observe plus que de la demi-hébétude et de la lourdeur de tête.

C'est le commencement de la grande attaque. Les malades connaissent bien cet accès incomplet : c'est une fausse crise, disent-ils.

« Si cet accès est incomplet au point de vue des troubles, des mouvements, il ne l'est pas moins sous le rapport de la perte de connaissance, du manque de projection à terre et de la pertubation consécutive de la mémoire.

« En matière d'épilepsie, un trouble intellectuel quelconque pendant la crise, révèle donc nécessairement un accès incomplet. Il importe d'autant plus d'insister là-dessus que Trousseau a pu s'y méprendre, et a attribué, par exemple, à des vertiges, les deux cas très-curieux d'accès incomplets qui vont suivre :

« Un ecclésiastique au moment où il remplissait les fonctions de diacre et encensait son évêque officiant, éprouva un malaise comitial et continua d'encenser, tout en tournant la tête d'une façon bizarre et tout en grimaçant de telle sorte que l'accident n'échappa à personne. Sujet à ces troubles si caractéristiques, il les avait eus souvent, lorsqu'il était en chaire ou qu'il célébrait la messe, sans jamais avoir été obligé d'interrompre son sermon ou de quitter l'autel ; mais comme il avait laissé parfois échapper des paroles décousues ou étranges et comme il lui était arrivé de chanter d'une manière grotesque, on fut obligé de lui interdire l'exercice de son ministère.

« Le président d'un tribunal de première instance, homme d'une intelligence élevée et historiographe des plus distingués, vint un jour consulter Trousseau. Il lui arrivait quelquefois de se lever brusquement de son siége pendant une plaidoirie, d'aller dans la chambre du conseil, de balbutier quelques mots, de s'apercevoir de sa méprise, de rentrer bien vite dans la salle d'audience. Tout cela s'exécutait en une demi-minute. Suivi une fois entre autres par les huissiers, il fut trouvé urinant en pleine salle du conseil. Trousseau crut de son devoir d'avertir son beau-père; il le prévint que M. X... était épileptique, que les accidents pouvaient très-certainement augmenter d'intensité, et qu'afin de ne point l'exposer à compromettre sa position de magistrat, il valait mieux qu'il donnât de suite sa démission. Il s'y refusa. A peu de temps de là et un jour qu'il présidait une audience, M. X... se lève, fait quelques pas dans la salle et tient le plus bizarre langage. Le public de rire. Bien qu'il eût promptement regagné son fauteuil et que, sans trouble appréciable de l'intelligence, il eût continué à diriger les débats, les juges le prévinrent avec ménagement qu'il avait donné lieu à une scène de désordre. Il donna sa démission. M. X... était membre d'une société d'historiographes qui tenait ses séances à la préfecture de la Seine. Un jour il quitte brusquement la réunion, articule quelques mots inintelligibles, descend l'escalier, traverse rapidement la place de l'Hôtel-de-Ville et arrive sur le quai de Gesvres. Saisi par le froid (c'était en hiver), il s'arrête, s'aperçoit qu'il n'a ni son paletot ni son chapeau et rentre au plus vite à la Préfecture. Sa femme qui veillait sur lui avec la sollicitude la plus tendre et la plus éclairée, rendait compte à Trousseau de toutes les circonstances qui marquaient les accidents épileptiques. M. X... faisait-il, le soir, une lecture, elle le voyait s'arrêter à un certain moment, rester sur le dernier vers ou sur le dernier membre de phrase, le répéter avec volubilité et après quelques secondes, qui avaient suffi pour troubler l'expression ordinaire de sa physionomie, il reprenait son livre. »

Si on interroge immédiatement le malade, il ne se souvient de rien, il dit qu'il y a quelque chose d'étrange, d'horrible, d'épouvantable, d'affreux, mais il ne peut dire quoi : La mémoire est en lambeaux, elle ne peut retracer l'impression disparue. Il répète constamment les mêmes mots, les mêmes termes.

A Bicêtre, un garçon de vingt-trois à vingt-quatre ans disait de temps en temps : en effet, plus ou moins. Cette répétition n'appartient qu'aux épileptiques. Une personne peut ainsi répéter plusieurs fois des mots obscènes; qu'on juge de l'effet dans un salon. En voici un exemple.

« Une jeune dame nouvellement mariée, tient son salon, un jour de réception. Au milieu de la conversation elle se tait tout à coup, pâlit, déglutit à vide, se lève, fait quelques pas d'une

marche mal assurée, se heurte au premier obstacle et dit : « Ah ! ah !... pourquoi le tuer ?... ah ! il n'est pas mort... c'est affreux ! » Son air un peu effaré s'efface, son étonnement se dissipe, sa coloration faciale redevient normale, elle continue à recevoir ses visiteurs avec autant d'entrain qu'auparavant. Une heure ou deux après, elle est un peu triste et paraît préoccupée, puis tout est dit. Le lendemain en se remémorant les visites qu'elle a reçues et en en prenant note, elle oublie de mentionner la plupart des personnes qui étaient présentes au moment de l'accident. On lui fait remarquer l'infidélité de sa mémoire, mais elle soutient que telles et telles personnes ne sont pas venues chez elle la veille, et elle se fâche. Deux mois après, à l'opéra, au commencement même de la représentation, elle quitte sa loge, se retire dans le petit salon qui la précède, balbutie quelques mots, dérange sa coiffure, ôte un bracelet et fait le geste de s'accroupir. On l'entoure aussitôt, on lui fait prendre l'air; elle revient à elle et insiste pour être ramenée à son hôtel. On la déshabille et on constate qu'elle a laissé échapper des matières fécales. La famille s'inquiète, tout en attribuant l'événement à la chaleur très-élevée qui régnait dans la salle, mon avis est réclamé. Avec toutes les précautions voulues, j'atteste l'origine épileptique des deux seuls malaises que l'on m'accuse et que j'ai rapportés, puis l'on va prendre conseil de plusieurs autres médecins. On crut à un début possible de grossesse et on s'endormit dans une sécurité radieuse. Mais de nouveaux accès incomplets survinrent, l'espérance d'une grossesse ne se réalisa point, l'épilepsie devint officielle et l'on acquit la conviction que la famille de la jeune femme n'avait point avoué, avant le mariage, toute une série de malaises antérieurs déjà fort inquiétants, dont la signification clinique n'avait point été soupçonnée, et pour le traitement desquels on n'avait institué rien de sérieux. Une séparation amiable allait intervenir lorsque je fus rappelé. J'affirmai que les accidents pourraient être éloignés d'abord et peut-être entièrement suspendus sous l'influence d'une persévérante médication bromurée, et la réconciliation s'est opérée entre les époux et les deux familles, deux enfants sont nés de cette union, l'un a un pied bot. »

Une circonstance rend parfois très obscur le diagnostic des accès incomplets : certains malades n'ont jamais que des malaises nocturnes. A tout prendre ce sont encore les privilégiés ! Souvent ils ne se doutent pas de la signification réelle de la céphalalgie, de la myriade de pétéchies presque imperceptibles imprimées sur le front, de quelques taches ecchymotiques du blanc de l'œil, de l'émission involontaire du liquide excrémentitiel, des éraillures et morsures de la langue et des autres symptômes moins accusés qui les surprennent si désagréablement à leur réveil. Ces malades sont pour le moins aussi dangereux que les vertigineux et les convulsifs. »

Si d'un côté, ces malades sont privilégiés, de l'autre, il y a un danger, car s'ils commettent un acte grave, il est difficile en l'absence d'accidents constatés, d'établir le diagnostic d'épilepsie, et par conséquent leur irresponsabilité. On n'a qu'un soupçon ou une présomption d'épilepsie nocturne et la situation est parfois périlleuse.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE

Monsieur et cher Confrère

J'ai lu avec un très grand intérêt dans « notre journal » la reproduction de la conférence clinique de M. Legrand du Saulle, relative aux hypochondriaques.

L'observation est exacte, l'exposition excellente, la classification défectueuse. M. Legrand du Saulle établit une classification que je répudie de toutes mes forces. C'est celle qui consiste à fusionner l'hypochondriaque et le mélancolique.

« L'hypochondriaque spermatorrhéique, dit-il, dans un passage, est triste, hanté par des idées de suicide. et arrive souvent à l'accomplir. »

L'hypochondriaque qui se tue n'est pas un hypochondriaque, c'est un mélancolique.

L'hypochondriaque n'a qu'un but, qu'une idée invariable et permanente : Vivre !

Le mélancolique n'a qu'un désir : S'en aller!

Entre ces deux types il y a un abîme.

C'est cet abîme que j'ai voulu préciser. Dans l'article de M. Legrand du Saulle, scientifique, mais un peu badin, on voit percer par moments la manière de Molière, une sorte de « *Vis comica* » qui n'oublie ni les grains de sel dans l'œuf et... l'exposition du sujet, ni la seringue traditionnelle dans l'odyssée de ces malheureux.

M. Legrand du Saulle est-il bien sûr qu'il n'existe pas de tempéraments épouvantablement homœopathiques, qui oscillent au moindre choc et subissent à tous les degrés les influences de la température de pression, d'électricité, de circulation ou d'obstruction abdominales, d'ingestions alimentaires, de sommeil ou de veille, de régularité ou d'irrégularité dans l'heure des repas et dans celle de tous les autres travaux dont l'ensemble constitue ce jeu synthétique qu'on appelle: la Vie. Ignore-t-il l'effrayante portée des réflexes et ne lui est-il jamais arrivé d'avoir à graduer pour la cure d'un mélancolique les degrés de température de la douche d'une façon si mathématique et, en apparence, si absurde que l'oubli d'un seul degré dans l'échelle de progression descendante amenait des nuits terriblement agitées.

L'expérience, faite à l'insu du mélancolique, et

si cruellement accusée par des nuits sans sommeil, par des cauchemars incessants, par des grimaces de la face et des battements diurnes des paupières et surtout par le redoublement des idées désespérées répond victorieusement à son persifflage de bon ton dont Molière nous a laissé la tradition.

Je le regrette pour la comédie de son illustre devancier: mais il n'y a pas de maladies imaginaires. Il y a toujours, quelque part, dans les organes, une modalité pathologique qui correspond à ces déviations prétendues imaginaires, soit que cette modalité tombe sous la lentille du microscope, soit qu'elle réside simplement dans l'existence de troubles circulatoires qui modifient directement ou par sympathie la nutrition des centres nerveux. Les infiniment petits sont perçus par les infiniment sensibles, voilà tout.

Et c'est parce qu'il y a des tempéraments homœopathiques et des organes homœopathiques (estomac, utérus, poumons, etc.), que les questions infinitésimales de température, d'électricité, d'aération, d'alimentation, etc., ont leur raison d'être et qu'il n'est pas permis à un médecin éminent, comme M. Legrand du Saulle de méconnaître des nécessités scientifiques, et par la méconnaissance des nombres fractionnaires, d'en arriver à sauter à pieds joints sur le thermomètre et sur la balance et, ce qui est plus grave encore, dans une époque naturaliste, infliger un véritable déshonneur à cet instrument qui, depuis Molière, s'est transmis pieusement de génération en génération et qu'on appelle encore : la seringue!

Un confrère qui n'est pas homœopathe.

Dr G. REIGNIER, de Surgères.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA NEW-YORK.

Nous publions aujourd'hui le tarif des Rentes viagères *avec remboursement*, au décès du rentier, de la *moitié du capital employé*.

Comme nous l'avons dit précédemment, cette combinaison, spéciale à la New-York, n'existe dans aucune autre compagnie d'assurances sur la vie. Elle a été imaginée pour permettre au rentier d'augmenter très sensiblement son revenu, tout en satisfaisant à l'obligation ou au désir très-légitime de laisser une part de sa fortune à un héritier ou à un légataire.

L'augmentation du revenu est assez élevée pour qu'il soit possible de reconstituer soi-même, dans un temps assez court, à l'aide de l'excédent, la portion du capital aliéné à la compagnie.

Supposons qu'un homme âgé de soixante-cinq ans, bien portant et pouvant, d'après les antécédents de sa famille, espérer atteindre un âge avancé, achète à la New-York, moyennant un capital de 100,000 francs, une rente annuelle viagère de 8,740 fr. payable par semestre avec condition de remboursement de la moitié du capital, lors de son décès ; et admettons qu'il se contente, pendant quelques années du revenu que ce capital lui eût rapporté s'il l'eût placé en valeurs mobilières, soit 4 0/0 environ, ou 4,000 francs. La différence entre ce taux de 4 0/0 et le taux de la rente constituée par la New-York, à 8 fr. 74 0/0, soit 4 fr. 74 ou 4,740 francs, placés chaque année au taux d'intérêt de 4 0/0 seulement, lui permettra de reconstituer, en neuf années environ, 50.000 fr. placés à fonds perdu entre les mains de la compagnie. Arrivé à l'âge de soixante-quatorze ans il jouira d'une rente de 8,740 fr. qui ne coûtera plus rien à la famille puisqu'il aura reconstitué 50,000 fr. et que la compagnie paiera 50,000 fr. lors de son décès. Il jouira de plus, du revenu des 50.000 francs reconstitués.

S'il s'agit d'un père de famille il pourra, par suite de ce mode de placement, pourvoir plus largement à l'éducation de ses enfants, et leur laisser néanmoins toute la partie de son héritage que la loi et les usages lui commandent de leur transmettre.

La condition de remboursement de *la moitié* du capital n'est pas absolue. La compagnie consent à rembourser *la quotité quelconque* qui lui est indiquée, de 1 à 50 0/0 du capital employé, mais elle ne rembourserait pas au-delà de 50 0/0 ; la rente est proportionnelle à la quotité remboursable.

Ce tarif a donné naissance à une autre combinaison dont nous publions également le tarif Elle consiste en ce que la compagnie rembourse la moitié du capital si le rentier vient à décéder dans les dix premières années du contrat ; s'il est vivant après dix ans, la condition de remboursement est annulée, mais la rente est portée à un chiffre plus élevé.

Dans l'exemple ci-dessus, si le rentier, âgé de 65 ans à l'origine, était vivant à soixante-quinze ans, sa rente serait portée de 8,740 à 15,280 francs, mais le capital deviendrait en totalité la propriété de la compagnie. — Si la

rente eût été faite à l'origine, à soixante-cinq ans, sans condition de remboursement, elle eût été pendant toute la vie, de 12,490 francs.

Rentes viagères immédiates sur une tête

Rentes annuelles payables comme ci-dessous et sans arrérages au décès

RENTES PAYABLES PAR SEMESTRE.

AGES	Pendant 10 ans, avec remboursement de la moitié du capital au décès.		Après 10 ans, sans remboursement de capital au décès	AGES
	RENTE pour un placement de 100 fr.	PRIX d'une rente de 100 francs	RENTE pour un placement de 100 fr.	
40	6 17	1621 45	7 87	40
41	6 20	1613 39	7 99	41
42	6 24	1603 47	8 12	42
43	6 28	1593 35	8 27	43
44	6 33	1580 54	8 42	44
45	6 37	1569 21	8 59	45
46	6 42	1558 19	8 77	46
47	6 48	1542 31	8 97	47
48	6 54	1528 09	9 18	48
49	6 62	1510 62	9 41	49
50	6 70	1491 82	9 56	50
51	6 79	1473 39	9 80	51
52	6 88	1452 77	10 04	52
53	6 98	1432 38	10 32	53
54	7 09	1409 94	10 62	54
55	7 21	1386 89	10 96	55
56	7 34	1361 82	11 35	56
57	7 49	1334 50	11 76	57
58	7 63	1310 »	12 16	58
59	7 79	1284 04	12 57	59
60	7 86	1272 58	12 90	60
61	8 01	1248 31	13 35	61
62	8 16	1225 11	13 81	62
63	8 33	1199 87	14 28	63
64	8 52	1173 87	14 77	64
65	8 74	1144 44	15 28	65
66	9 01	1109 39	15 83	66
67	9 27	1078 44	16 39	67
68	9 53	1049 63	16 98	68
69	9 78	1022 25	17 61	69
70	10 04	995 90	18 20	70
71	10 34	967 10	18 50	71
72	10 65	938 57	18 80	72
73	10 95	913 20	19 10	73
74	11 25	888 99	19 40	74
75	11 53	867 41	19 69	75
76	11 82	846 »	19 98	76
77	12 11	826 09	20 27	77
78	12 45	803 22	20 61	78
79	12 82	780 22	20 98	79
80	13 15	760 20	21 31	80

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA,

D'après les leçons de M. Lailler.

L'eczéma est une des maladies cutanées les plus fréquentes et les plus rebelles.

La première question qui se présente pour son traitement est celle-ci : doit-on guérir un eczéma? N'y a-t-il pas à craindre quelque métastase? La réponse de M. Lailler est affirmative : oui, il faut traiter l'eczéma.

Mais ce traitement quel est-il ? Il est peu de maladies cutanées aussi difficiles à soigner et surtout à guérir que l'eczéma. Deux sortes de traitement doivent être mis en usage : le traitement général et le traitement local.

Dans l'eczéma aigu, quelques révulsifs intestinaux, une diète légère, et l'application de médicaments émollients sur l'éruption, font à eux seuls les frais de la médication ; on peut ainsi faire disparaître la poussée aiguë plus ou moins rapidement.

Mais il n'est pas aussi facile de traiter l'eczéma chronique.

D'une manière générale, le traitement interne consiste dans des purgatifs, et surtout dans l'emploi de l'arsenic sous toutes ses formes.

Quant à M. Bazin, il admet les eczémas dépendant des diathèses scrofuleuse, arthritique, herpétique; par conséquent la médication qu'il emploie doit varier suivant la maladie générale qui a engendré l'affection cutanée. Les médicaments antiscrofuleux, l'huile de foie de morue, le fer, dans l'eczéma strumeux ; les alcalins, dans l'eczéma athritique; l'arsenic dans l'eczéma herpétique ; tel est le fond de sa médication qui s'adresse à la maladie dont l'éruption n'est qu'une manifestation. M. Lailler ne s'associe qu'avec réserve à ce mode de traitement.

Le premier point essentiel est de recommander aux malades une hygiène sévère, un régime léger, une sobriété de chaque jour. Il n'est rien de plus contraire aux affections cutanées, en général, et à l'eczéma en particulier que les écarts de régime. Le moindre excès suffit pour déterminer une poussée d'eczéma et annihiler les effets d'un traitement datant de longtemps et ayant déjà agi d'une façon efficace.

Letraitement hydro-minéral est, sans contredit, l'un des plus recommandables. Mais il ne doit pas être institué sans précautions. Les indications sont variables suivant l'acuité de l'éruption, sa forme, la constitution du sujet.

A la période aiguë de l'eczéma, on ne doit pas ordonner le traitement hydro-minéral. Ce n'est que dans la forme chronique qu'il est indiqué.

C'est ainsi qu'on ordonnera les eaux sulfureuses. Elles ont une action efficace, surtout dans la forme lichénoïde de l'eczéma.

Il faut avant tout proscrire les bains de mer et même le séjour dans une station de la côte. Tout au plus pourra-t-on permettre quelques bains de mer chauds aux enfants affectés d'eczéma scrofuleux.

Suivant les circonstances, on peut ordonner les bains d'amidon, alcalins, sulfureux; les douches sulfureuses (eczéma lichénoïde), les pulvérisations, les bains et les douches de vapeurs, les bains à l'hydrofère.

Quant au traitement local, il varie énormément; les topiques qu'on a proposés sont extrêmement nombreux. De tous ces traitements, celui qui paraît donner les meilleurs résultats, c'est l'enveloppement des parties malades dans le caoutchouc. Cet enveloppement, surtout employé dans l'eczéma chronique, est aussi d'une utilité incontestable dans l'eczéma aigu; mais c'est principalement l'eczéma lichénoïde qui est amélioré par ce mode de traitement.

L'enveloppement détermine d'abord un suintement abondant, mais au bout de quelques temps le suintement diminue et la période pityriasique se montre. Souvent au début, on constate l'apparition d'une poussée aiguë dont il ne faut pas s'effrayer. On doit en général persister; cependant si l'inflammation est trop intense, il est bon de remplacer le caoutchouc par des cataplasmes émollients. Puis quelques jours après, on reprend l'usage du caoutchouc.

L'enveloppement ne doit pas être permanent; même en l'absence de poussées aiguës, il est bon de cesser ce traitement par intervalles.

Il est bien difficile de dire à quel moment on doit cesser complètement ce mode de traitement; ce n'est guère que par tâtonnements que l'on arrivera à dire l'époque où l'on devra s'arrêter.

Pour combattre le suintement lorsqu'il est trop abondant, on peut employer divers topiques pulvérulents : poudre d'amidon, de fécule, de tabac, de lycopode, de bismuth, d'acide de zinc.

Dans certains cas, on emploie des topiques liquides : eau blanche, solution de sulfate de zinc, et même de nitrate d'argent, mais seulement dans les eczémas partiels.

Les démangeaisons sont combattues avec avantage dans certains cas par l'application d'une solution de sublimé à 1/50, ou d'huiles émollientes : l'enveloppement dans le caoutchouc est aussi un des meilleurs moyens de calmer les démangeaisons.

Enfin lorsque la période pityriasique est arrivée, c'est-à-dire lorsque l'eczéma est près de sa guérison, il faut amener la fin de cette desquamation par des applications d'huile de cade pure ou coupée avec de l'huile d'amandes douces. Dans ces derniers temps, M. Lailler a obtenu de bons résultats, pour cette dernière période de la maladie, en faisant pratiquer des onctions avec le mélange suivant :

Alcool, glycérine, eau, en variant les proportions de ces divers principes.

La desquamation peut être arrêtée également par des frictions avec de l'axonge.

Voici un mode de traitement assez satisfaisant que M. Lailler a employé contre l'eczéma lichénoïde, et en particulier l'eczéma orbiculaire des paupières, et qui consiste dans des frictions avec du savon noir. Il se fait d'abord une légère poussée subaiguë, on cesse l'emploi du savon : on ordonne alors quelques pulvérisations ; puis on reprend l'usage du savon, lequel est bientôt suivi d'une amélioration très-notable.

Voici les formules des diverses pommades qui peuvent être employées dans l'eczéma :

1° Pommade soufrée 1/5 (codex).

2° Pommade au borax à 1/5 ou 1/10.

3° Pommade à l'oxyde de zinc à 1/5 ou parties égales.

4° Pommade au tannin de 1 à 20 0/0.

5° Pommade au goudron à 1/10 ou 1/5.

6° Pommade à l'iodhydrargyrate, composée d'axonge, d'iodure de potassium et de deutoïodure de mercure à 1/200 ou 1/100.

OPHTHALMOLOGIE.

Thérapeutique usuelle des ophthalmies externes.

Résumé d'une communication de M. le D[r] FIEUZAL, *médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts.*

J'ai repris à dessein l'ancienne dénomination d'ophthalmie externe pour désigner à la fois et d'un seul bloc toutes les variétés de conjonctivites, catarrhales, purulentes, pustuleuses, granuleuses, aussi bien que les kératites, phlycténulaires, plastiques, ou même suppuratives, en un mot toutes les affections oculaires externes qui me paraissent susceptibles d'être traitées avec succès par un moyen commun. Je me suis attaché surtout à employer un agent qui soit par lui-même incapable de provoquer des exaspérations de la maladie, telles que tous les oculistes sont à même d'en voir journellement, comme conséquence d'un traitement peut-être bon au début, mais de nature à devenir intempestif, par suite de la complication même d'une maladie qu'on avait traitée comme simple, c'est-à-dire qu'on avait crue exempte d'iritis ou de choroïdite, car ce sont là les complications qui contre-indiquent le plus formellement les traitements astringents ou cathérétiques en usage de temps immémorial dans la thérapeutique des affections externes.

Je voudrais, en d'autres termes, arriver, dans le traitement des affections du segment antérieur du globe, à mettre dans les mains du plus humble comme du plus éminent des praticiens un moyen uniforme souvent très-efficace, et jamais nuisible, destiné à remplacer désormais le traitement banal de ces affections, qui expose si souvent à des complications irrémédiables.

C'est le but que je poursuis sans relâche et que je crois avoir atteint depuis que, dans toutes les affections sécrétantes de la conjonctive, j'ai substitué aux collyres astringents ou cathérétiques les pansements antiseptiques.

Ma conviction, basée sur un très-grand nombre de cas, me fait souhaiter ardemment de voir cet exemple suivi, car il ne peut l'être qu'au grand

avantage des malades, des médecins, et j'ajoute même des oculistes ; rien, en effet, n'est plus poignant pour ces derniers, que de voir arriver chez eux des malades atteints de lésions qui sont, dans bien des cas, le résultat de traitements intempestifs.

Il me suffira, du reste, de jeter un coup d'œil sur les moyens mis en pratique à l'effet de combattre les ophthalmies dont je parle, pour démontrer avec évidence qu'ils ne sont pas supérieurs à celui que je m'efforce de leur faire substituer, et que trop souvent ils sont nuisibles, tandis que celui que je propose est dans tous les cas d'une innocuité parfaite. Et d'abord, on peut dire sans crainte d'être démenti, que la plupart des médecins ordonnent des collyres sans trop se rendre compte de l'action que ceux-ci peuvent exercer sur une muqueuse irritée et dont l'épithélium est desquamé par place; j'aurai même le courage d'ajouter, parce que je suis sûr en pareille matière de ne faire aucune personnalité, sans s'être préalablement assurés si les membranes profondes sont ou non comprises dans le processus inflammatoire contre lequel ils dirigent leur médication cathérétique ou substitutive.

Or, rien, dans certains cas, n'égale la difficulté de reconnaître si on a affaire à une hyperémie conjonctivale simple, ou à une iritis au début, rien sinon l'importance de ne pas commettre d'erreur de diagnostic; car cette erreur entraîne des complications graves que les malades ont trop souvent à payer, non-seulement de douleurs cuisantes, mais de synéchies postérieures insurmontables, qui auraient été évitées si le médecin n'avait, par habitude, et d'une façon banale, ordonné un collyre plus inoffensif en apparence qu'en réalité.

Mais comment n'être pas exposé à commettre cette fatale erreur de diagnostic, si on n'a pas le soin d'examiner l'œil malade à l'éclairage latéral ou à l'éclairage faible avec un miroir plan ? Dans beaucoup de cas, en effet, d'iritis légères, de celles qui sont journellement prises pour des hyperémies conjonctivales, cet examen seul peut lever le doute, et, en vérité, on ne peut exiger qu'il soit fait par le praticien autrement qu'à titre exceptionnel.

De quoi s'agit-il donc pour tout médecin appelé à donner des soins à un malade atteint d'une affection du segment antérieur externe du globe de l'œil? D'abord de ne pas nuire, *primo non nocere*, et en deuxième lieu, d'instituer une médication qui, tout en ne pouvant pas nuire, soit capable de faire le plus grand bien, et même dans certains cas, de guérir non-seulement les ophthalmies qui s'annoncent avec les apparences de la plus grande bénignité, mais même celles qui revêtent les caractères de la plus excessive gravité.

Tel est bien incontestablement le but de l'intervention du médecin praticien, but parfois décevant, mais que je voudrais faire atteindre le plus souvent possible, avant d'avoir recours à l'intervention du spécialiste.

J'ai été, pour ma part, pendant mes études médicales, attaché en qualité d'externe au service du plus illustre parmi ceux qui, avant ces vingt-cinq dernières années, s'étaient occupés des maladies des yeux, et j'ai vu, dans le service de Velpeau, traiter les malades atteints de kératite par l'instillation entre les paupières de gouttes d'un collyre au nitrate d'argent (0,05 pour 30 gr. d'eau distillée); c'était la pratique que cet illustre chirurgien employait depuis plus de trente ans et qu'un de ses élèves, Jeanson, a vulgarisée dans un manuel de maladies des yeux publié sous son patronage.

Ce que cette pratique a entraîné de taies de la cornée est incalculable, car il est surabondamment prouvé que, dès que l'épithélium de la cornée est enlevé, le nitrate d'argent, transformé par les larmes en chlorure insoluble, se fixe indéfiniment à cet état dans le tissu propre de cette membrane, de façon à y jouer le rôle de véritable corps étranger et à devenir à tout instant l'occasion de poussées inflammatoires nouvelles. Il en est de même des sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, du sucre de saturne et, en général, de tous les métalloïdes et métaux que les oculistes ont, à juste titre, banni depuis longtemps de leur pratique dans le traitement de la kératite.

Velpeau cependant, il faut lui rendre cette justice, avait apporté, dans l'étude et la description des maladies de l'œil, la supériorité et la précision qui étaient la marque de son génie chirurgical : il avait fait, on peut le dire hardiment, la lumière dans ce coin de la pathologie, en décomposant le premier les ophthalmies en variétés correspondantes au siège occupé par l'inflammation. Il avait ainsi isolé les unes des autres fort judicieusement les blépharites, les conjonctivites, les kératites, les iritis, mais il faut bien reconnaître qu'il avait eu moins de bonheur dans le choix du traitement de ces affections qu'il connaissait pourtant si bien cliniquement et anatomiquement.

On croit rêver, en effet, quand on se rappelle que ce grand clinicien traitait les iritis par un collyre composé: d'eau distillée 120 grammes, sulfate de zinc 0, 20, extrait de belladone 0,50. Pour la kératite c'était le nitrate d'argent, pour la conjonctivite le sulfate de cuivre.

Je ne crois pas qu'il existe de collyre qui, plus que celui dont je viens de rappeler la formule, soit capable d'exaspérer l'iritis la plus bénigne, et de tous les sels métalliques assurément, le sulfate de zinc est bien celui qui est le plus mal toléré quand il existe le plus faible degré d'iritis ; aussi fallait-il entendre les cris des pauvres malheureux dans les yeux desquels on instillait les gouttes du collyre précité ; pour les calmer, le chirurgien de la Charité, qui n'était pas tendre, comme on sait, leur faisait appliquer des vésicatoires volants, des sangsues, ou même des ventouses scarifiées à l'aide du bistouri, à la région temporale; il leur faisait faire en outre des frictions mercurielles à la région sus-orbitaire, et à l'intérieur il ordonnait les purgatifs et le calomel à dose fractionnée ; en même temps les applications froides étaient de rigueur.

Tel est bien, dans toute sa pureté classique, le traitement institué à la Charité pour la cure de l'iritis. Il va sans dire que, malgré l'emploi de ces moyens multiples dont quelques-uns étaient excellents, le mal empirait régulièrement par

suite de l'emploi du collyre qui faisait la base du traitement; les synéchies postérieures et antérieures allaient leur train, les complications glaucomateuses éclataient en abondance, si bien qu'il était exceptionnel de voir guérir ces kérato-iritis qu'il avait si malicieusement appelés *à répétition*, ne se doutant certainement pas que c'était le traitement prétendu abortif ou substitutif qui faisait tout le mal.

(*A suivre*)

CHRONIQUE

— *Le deuxième congrès ortologique international* siègera à Milan du 6 au 9 septembre 1880. Parmi les communications qui seront faites nous remarquons les travaux suivants :

M. Lœwenberg (Paris) :

« Pourquoi certains sourds tiennent-ils la bouche entr'ouverte ? »

M. E. Ménière (Paris) :

a) Du traitement de l'otorrhée chronique.

b) Des moyens employés pour la dilatation de la trompe d'Eustache.

c) Quelques considérations sur la maladie de Menière.

M. E. Fournié (Paris) :

Etude sur la propagation des ondes sonores vers le nerf de l'ouie; — rôle de la trompe d'Eustache.

Le comité préparatoire du deuxième congrès otologique international se compose de : MM. le Docteur Voltolini, Professeur à Breslau, Président. Le Docteur Moos, Professeur à Heidelberg, Secrétaire.

Membres du Comité, le Docteur Politzer, Professeur à Vienne (Autriche), Le Docteur Lœwemberg, Paris,

* * *

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Le Concours: « *Hygiène et Education physique de la seconde enfance. La salle d'asile modèle,* » est prorogé au Ier janvier 1881 et modifié de la façon suivante :

Ire *question.* — Hygiène de la seconde enfance jusqu'à l'âge scolaire, c'est-à-dire de deux à six ans, embrasssant tout ce qui concerne l'hygiène proprement dite, y compris le développement normal des organes des sens, mais sans toucher à la pédagogie infantile.

2e *question.* — Hygiène et pédagogie des salles d'asile modèles. La partie hygiénique se rapportera exclusivement au milieu spécial de la salle d'asile.

La partie pédagogique aura exclusivement pour objet le développement harmonique du corps et de l'intelligence.

Dispositions et formalités générales. — Les deux questions précédentes constituent deux concours bien distincts, et récompensés chacun par une médaille d'or, une médaille d'argent et trois médailles de bronze.

Les mémoires écrits en Français, Anglais, Italien ou Allemand devront être adressés, *sous la forme académique*, au siége de la Société française d'hygiène, rue du Dragon, n° 30, avant le 1er janvier 1881.

Les auteurs qui se seront fait connaître, soit directement, soit indirectement, seront exclus du Concours.

L'étendue des mémoires ne devra pas dépasser 30 pages d'impression in-12.

Les mémoires couronnés appartiendront à la Société qui pourra les imprimer, en totalité ou en partie; elle s'engage toutefois à inscrire le nom des Lauréats en tête de l'opuscule qui sera répandu autant que possible.

Administration de l'armée. — Le ministre de la guerre a déposé récemment, sur le bureau de la Chambre des députés, le nouveau projet de loi relatif à l'administration de l'armée. L'article 17, relatif au corps de santé militaire, crée une direction spéciale du service de santé au ministère de la guerre ; il affirme l'indépendance des médecins militaires dans tout ce qui concerne l'art de guérir ; mais ce n'est pas là tout ce que demandaient nos confrères, et les ennemis de l'intendance auront à faire de nombreuses revendications.

Le personnel reçoit un accroissement proportionnel aux nouvelles exigences de notre état militaire. L'effectif des médecins de l'armée sera porté de 1,147 à 1,300, et celui des pharmaciens de 159 à 185 : la proportion de chacun des grades de la hiérarchie des officiers de santé a été calculée de façon à assurer à ce personnel, dont on exige de longues études et des connaissances scientifiques très-étendues, une moyenne d'avancement égale à celle des officiers du génie et de l'artillerie. — (*France médicale*).

* * *

Un remarquable exemple de libéralité professionnelle. — Nous sommes heureux de reproduire les quelques lignes suivantes, qui consacrent le souvenir d'un des plus nobles exemples de libéralité professionnelle.

Ces lignes sont dues à la plume inspirée du docteur ANDREANI, un des plus dignes élèves du professeur RIZZOLI :

« Le professeur RIZZOLI, de Bologne (Italie), vient d'offrir à sa ville une somme de 1,250,000 fr., afin d'y fonder un INSTITUT ORTHOPÉDIQUE.

« On doit se rappeler que l'illustre chirurgien italien, au début de sa carrière, inventa et appliqua hardiment l'*ostéoclaste* à la cure de la claudication. Ensuite, dans sa longue carrière de presque cinquante ans, il a fait faire, sans conteste, d'heureux et réels progrès aux différentes branches de son art; il a imaginé ou perfectionné la plus grande partie de ses instruments de chirurgie et d'obstétrique.

« Au commencement de cette année, le septuagénaire professeur Rizzoli, sénateur, a été atteint de *péliose reumathique*, qui l'a tenu longtemps en danger de vie, par suite des fatigues de voyage de Bologne à Rome pour aller voter contre l'impôt impopulaire de la mouture. A peine convalescent, il a eu la noble pensée de clore sa carrière et de couronner ses œuvres par la création d'un établissement d'orthopédie. La villa de *San Michele in bosco*, à un kilomètre ou deux hors la ville, a été admirablement bien choisie; assise sur une petite

colline qui domine Bologne et la vallée riante du petit Rhin, entourée des premiers contreforts des Apennins, embellie d'arbres et de promenades riches d'air et de soleil — on y jouit d'une vue splendide, d'une salubrité hors ligne.

« Les moines qui s'y étaient jadis installés, ont toujours été d'excellents connaisseurs des lieux *ascétiques* ; ils y avaient bâti en conséquence — magnifiquement ! — L'établissement devenu propriété de l'Etat, a été acheté au prix de 550,000 francs, les frais de réparation ont été évalués à 100,000 francs et les premiers fonds d'installation à 600,000 francs — soit 1,250 000 fr.

« Voilà un superbe cadeau et une excellente action !

« La grande majorité de la population de la ville de Bologne a déjà publiquement exprimé à son illustre bienfaiteur une juste reconnaissance, mais dans la fondation de son ORTHOPÉDION, qui deviendra bientôt un Institut national, le professeur Rizzoli peut être certain qu'il a élevé, en même temps qu'un établissement qui honore l'Italie, un temple impérissable où résonneront toujours les louanges de sa science, de sa philanthropie et de son patriotisme. »

* * *

LA NATIONALITÉ DES LÉGUMES. — D'après un journal américain, le chou est originaire de Sibérie ; le céleri provient d'Allemagne ; la pomme de terre a pris naissance au Pérou ; l'oignon en Egypte ; le tabac est indigène de l'Amérique du sud ; le millet a été découvert pour la première fois dans l'Inde ; le citron est originaire d'Asie ; l'avoine provient de l'Afrique septentrionale ; le seigle, de la Sibérie ; le persil est spontané en Sardaigne ; le panais en Arabie ; le soleil (et probablement le topinambour) a été apporté du Pérou ; l'épinard vient d'Arabie ; le marronnier, du Thibet ; le coing est originaire de l'île de Crète ; la poire est indigène de l'Egypte, et le raifort provient de l'Europe méridionale.

La veuve d'un de nos confrères, désireuse de tendre la main à quelque personne digne de la qualité de médecin et lui venir en aide, en mémoire de son mari qui chérissait sa profession, offre pour plusieurs années la jouissance à titre gracieux :

1° Un logement consistant en un cabinet monté, livres, etc.

2° Une chambre, une salle à manger, deux mansardes pour un domestique, cabinet d'attente, une remise, une écurie.

L'administration renouvelle l'avis que tout confrère qui réclame des numéros, est prié d'ajouter 25 centimes par exemplaire demandé.

CHEMINS DE FER

OUEST. — La compagnie des chemins de fer de l'Ouest délivre, depuis le 1er mai 1880 :

1° Des billets d'aller et retour, à prix réduits, dits de « bains de mer », valables du samedi au lundi inclusivement, de Paris à toutes les stations balnéaires de la Normandie et de la Bretagne.

2° Des billets d'excursions, à prix réduits, sur les côtes de Normandie et en Bretagne. Ces billets sont valables pendant un mois.

Ces billets sont délivrés à Paris, aux gares Saint-Lazare et Montparnasse (bureau des correspondances) et aux bureaux de ville de la Compagnie.

Nord. — A dater du 15 mai, la ligne du chemin de fer du Nord met en circulation un train express de nuit aller et retour entre Paris et Bruxelles (1re et 2e classe), partant de Paris à 10 heures 45 du soir, arrivant à Bruxelles (gare du midi) à 5 heures 15 du matin, retour de Bruxelles (gare du midi) à 11 heures du soir, et arrivant à Paris à 5 heures 35 du matin.

Des wagons-lits seront mis à la disposition du public, dans chacun de ces trains, moyennant un supplément de 10 francs en sus du prix de 1re classe.

CORRESPONDANCE

— Dr C., à L., 20 juin.

Vous êtes inscrit. Votre appréciation sur la question assurances, confirme notre manière de voir. Quant à l'assurance en cas de service militaire, nous pensons qu'on fera mieux dans l'avenir et savons qu'on s'en préoccupe sérieusement. Nous serions heureux de vous voir vous étendre davantage sur ce sujet que vous connaissez.

— Dr de F., à A. (Charente), 28 juin.

Vous avez dû recevoir les numéros réclamés. Les inscriptions de vos confrères sont faites. La Compagnie a dû répondre directement à votre demande d'assurance. Elle vous donnera tous les renseignements complémentaires que vous pourriez souhaiter.

— Dr B., à C. (Hautes-Pyrénées), 5 juillet.

Envoyé les programmes. Cette organisation a déjà échoué pour L. Nous souhaitons que vous soyiez plus heureux et vous prions de nous tenir au courant.

— Dr F., 387 (Nièvre), 5 juillet.

Nous sommes heureux qu'on vous ait rendu justice et qu'il n'ait pas été nécessaire de faire intervenir, comme nous vous l'avions conseillé, le bureau de l'Association. Inutile de nous adresser communication des pièces.

— Dr F., à L. P. (Lot-et-Garonne), 5 juillet.

Inscrit le Dr C. Vous pouvez dès ce moment adresser vos demandes de renseignements à la New-York. Les décisions ne se feront pas attendre.

— Dr M., 624.

Inscrit le Dr S. Prière de lui réclamer une des formules d'adhésion qui vous ont été adressées.

— Dr L., à M. (Bouches-du-Rhône), 7 juillet.

Avec plaisir. Ne laissez pas passer l'époque de la dénonciation de votre police en cours, si elle est passible de la tacite reconduction.

— Dr R., à L. (Rhône), 8 juillet.

Nous avons déjà dit, plusieurs fois, qu'on pouvait adresser les demandes de vaccin, à la Société d'Hygiène, 8, rue du Dragon, Paris.

— Dr M., à N. (Seine-Inférieure), 9 juillet.

La New-York vous répondra directement.

— Dr H., 502 (Eure-et-Loir), 9 juillet.

Inscrit le Dr L. La New-York va vous adresser les renseignements réclamés. Quand vous viendrez à Paris, prière de nous écrire quelques jours à l'avance.

— Dr M., 968 (Charente).

Vos observations ont été transmises à qui de droit. Soyez assuré que nous nous préoccupons de ces questions.

— Dr C., à S. A. (Gard), 9 juillet.

Envoyé les numéros. On vous adressera les renseignements sur la clientèle. Vous pouvez adresser vos demandes en toute sécurité.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris Typ. de M Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 30 24 juillet 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

Mardi a eu lieu la séance publique annuelle de l'Académie, au milieu d'une très-nombreuse assistance.

Le rapport sur les prix a été présenté par M. Bergeron avec la distinction habituelle à l'éminent secrétaire annuel.

M. Béclard a lu ensuite l'éloge d'Andral. Jamais le secrétaire perpétuel de l'Académie ne s'était élevé si haut; et on pourrait dire que l'éloge d'Andral est l'œuvre capitale de M. Béclard, s'il n'était des écrivains qui se surpassent eux-mêmes.

Nous donnerons les principaux passages du discours de M. Béclard dans notre prochain numéro.

Voici la liste des prix décernés pour les concours de 1879. Nous les compléterons en y ajoutant la provenance de ceux de 1880.

Prix de l'Académie. — Question proposée : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. » Ce prix était de la valeur de 1,000 franco.

Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question proposée : « Etat de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale. » Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Question proposée : « De l'hystéro-épilepsie. » Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Un seul mémoire a concouru. L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question proposée : « Des varices pendant la grossesse et l'accouchement. » Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

Trois mémoires ont été envoyés pour ce Concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. CAZIN, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berk-sur-Mer (Pas-de-Calais), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1 portant pour épigraphe: *Postquam gravida est fœmina, plurimis afficitur malis a sola graviditate oriundis.*

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament).

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 6,000 francs.

Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix.

Elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 3,000 francs à MM. les docteurs A. Favre, de Lyon, et Feris, de Toulon, auteurs de divers mémoires sur le daltonisme inscrits sous le n° 3.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Go-

dard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il était de 1,500 francs.

Trois ouvrages ou mémoires ont concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pouvaient être accordées aux auteurs de travaux de même nature. Il était de la valeur de 1,500 francs.

Cinq ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 500 francs à M. le docteur Biot, de Mâcon (Saône-et-Loire), auteur du mémoire intitulé : *De la diète lactée dans le rhumatisme articulaire aigu,* inscrit sous le nº 3.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE DANS LES MALADIES ARTICULAIRES.

(*Suite*).

Nous devons maintenant, après avoir passé en revue les maladies articulaires justiciables de la ponction et de l'incision, donner les règles opératoires de ces deux opérations.

Nous avons déjà eu l'occasion de citer dans le cours de cette revue la thèse du docteur Piéchaud. C'est encore avec son aide que nous exposerons le manuel opératoire de la ponction et de l'incision.

De la ponction. — La ponction articulaire a deux procédés à son service : la ponction simple avec un trocart de petit ou de moyen calibre, et la ponction aspiratrice telle que la pratiquent J. Guérin et la plupart des chirurgiens. Pour cette dernière les appareils de Dieulafoy et de Potain peuvent être également employés. Jarjavay se servait pour la ponction des épanchements sanglants du genou, de la lancette ordinaire, et M. Labbé, encore aujourd'hui, n'hésite pas à recourir à ce procédé toutes les fois que le sang paraît réuni en caillot, et peu susceptible de franchir facilement la lumière étroite d'un trocart de petit volume.

Les précautions dont on doit entourer l'opération varient dans les deux cas de ponction simple et de ponction aspiratrice, mais elles varient peu. On doit, en effet, avant d'introduire le trocart, fixer au-dessus et au-dessous de l'articulation les mains d'un aide, afin de tendre les culs-de-sac et de donner au liquide une tension qui favorisera sa sortie en immobilisant les tissus. Cependant il sera d'autant plus nécessaire d'agir ainsi si l'on pratique la ponction simple : éviter l'entrée de l'air dans la cavité, maintenir exactement jusqu'à la fin la tension du liquide, expliquent cette nécessité. Le danger de la pénétration de l'air à travers le trocart qui a occupé beaucoup les chirurgiens a été très-exagéré. Il faudrait, dit très-bien M. Piéchaud, pour que cette pénétration fût à craindre que les tissus articulaires fussent spécialement indurés, épaissis, rigides, et, par conséquent, empêchés de revenir sur eux-mêmes à mesure que le liquide s'écoule.

Or, ces conditions de rigidité des tissus se trouvent rarement réalisées. Il est encore un inconvénient qui survient, souvent, pendant les ponctions aspiratrices : si le liquide contient des grumeaux de pus ou des caillots sanguins, l'écoulement s'arrête facilement dès qu'un de ces grumeaux ou de ces caillots vient se placer à l'ouverture du trocart : ils semblent fixés là par l'aspiration, et le déplacement du trocart en divers sens ne réussit pas toujours à rétablir l'écoulement du liquide.

L'aspiration est donc une bonne opération, elle constitue toujours un excellent moyen d'évacuer les séreuses articulaires, mais en présence d'une ponction devenue nécessaire il ne faudrait pas y renoncer faute d'un appareil aspirateur *(Piéchaud)*.

Dans tous les cas, les petits trocarts d'un millimètre ou d'un millimètre et demi de diamètre sont préférables, parce qu'ils font des plaies plus petites et par conséquent moins dangereuses.

Où doit être pratiquée la ponction ? Le cul-de-sac le plus saillant est le lieu d'élection, et dans le genou le cul-de-sac interne supérieur est le plus préférable. On peut encore, pour cette dernière articulation, enfoncer le trocart vers le bord interne de la rotule en le tenant bien horizontalement.

C'est au moment de la pénétration du trocart qu'on doit exactement comprimer le pourtour de la région de manière à donner à la cavité synoviale le plus de développement aux dépens du rapprochement des surfaces osseuses.

Il est, en effet, de toute importance d'éviter les cartilages et les os. Leur lésion est ou peut devenir une complication, et, comme le fait remarq

M. Broca, sera, quelquefois, le point de départ d'une arthrite déformante.

Les soins consécutifs à la ponction sont des préceptes de rigueur : fermer la petite plaie avec de l'ouate imbibée de collodion ou simplement avec une couche de collodion riciné, immobiliser ensuite la jointure.

L'immobilisation sera obtenue soit, au moyen des appareils plâtrés sous forme de gouttière, soit au moyen de l'appareil ouaté qui obtient l'avantage d'exercer sur l'articulation devenue libre une compression qui empêchera le liquide de se reformer.

La compression peut, au surplus, être ajoutée aux différents appareils immobilisateurs.

Voyons maintenant quel est le rôle de la méthode antiseptique dans le manuel opératoire de la ponction.

Il faut, avant toute ponction, préparer le membre par des lavages phéniqués, précédés de lavages au savon. Le trocart aura dû séjourner un certain temps dans la solution forte d'acide phénique, et il n'est pas jusqu'aux mains des aides et de l'opérateur qui ne doivent subir, ainsi que les pièces du pansement, une préparation spéciale.

De l'incision. On peut, ou bien ouvrir largement l'articulation comme Petit et Boyer le faisaient dans l'arthrite purulente, ou bien se contenter de débridements de peu d'étendue.

Dans ce dernier cas on fait suivre l'ouverture de lavages phéniqués qui ont pour but d'expulser les derniers vestiges de la suppuration et d'en prévenir le retour. On place, en outre, des drains dans les ouvertures, de façon à assurer l'écoulement facile des liquides synoviaux.

Le professeur Lister insiste sur la nécessité des larges ouvertures, qu'il s'agisse d'une arthrite suppurée ou de certaines formes d'arthrite chronique. L'écoulement du pus est plus facile et on peut plus facilement se rendre compte, par l'exploration directe de l'articulation, de l'étendue des désordres et des lésions.

Ce sont ces raisons qui déterminent M. Piéchaud à préférer le débridement large. Puisqu'on se décide, dit-il, à porter le bistouri sur une synoviale malade, il vaut mieux le faire tout à fait qu'à moitié.

Cependant l'arthrotomie sera différente appliquée à des arthrites purulentes, à des épanchements, ou à l'extraction de corps étrangers.

Dans les corps étrangers, il n'y a plus de règle fixe, pas de précepte indiqué d'avance, si ce n'est celui de se conformer à la situation de cette production intra-synoviale à laquelle les Allemands ont donné le nom pittoresque de souris articulaire, tant est grande sa mobilité.

Il n'y a donc pas de lieu d'élection. L'étendue de l'incision est aussi essentiellement variable, et en rapport avec les nécessités de chaque cas spécial. Il s'agit uniquement d'ouvrir une voie au corps étranger et non de guérir une maladie de la synoviale qui n'a besoin ni d'être débridée ni d'être explorée.

Enfin l'arthrotomie diffère encore plus si nous la considérons appliquée à la tumeur blanche fongueuse telle que Létiévant, Saxtorph, Albert (d'Inspruck) l'ont pratiquée. Il s'agit ici d'aller à la recherche d'un tissu organisé adhérent et le détacher des surfaces sur lesquelles il s'est développé souvent en abondance. De larges ouvertures sont nécessaires, des sections ligamenteuses sont souvent indispensables, et même on doit, comme l'a fait Létiévant pour le coude, luxer temporairement les os et les replacer, après le râclage, dans leurs rapports normaux.

On trouvera dans la thèse du Dr Piéchaud des détails sur les opérations pratiquées par les Dr Létiévant et Saxtorph.

Nous n'insisterons pas non plus sur le manuel opératoire de l'incision dans la luxation irréductible.

Un point spécial bien étudié par M. Piéchaud et qui est d'un grand intérêt pratique est le suivant: Dans les grandes articulations atteintes d'épanchements et sur lesquelles on veut faire un large débridement, où doit porter l'incision, quel est son lieu d'élection et comment faut-il la pratiquer pour se ménager de faciles sutures. Où et comment faut-il ouvrir ?

Pour résoudre cette question sur laquelle les auteurs ne donnent pas de préceptes, le Dr Piéchaud a entrepris une série d'expériences sur les plus grandes articulations et il est arrivé à des résultats très-intéressants, mais dont l'exposition entraînerait trop loin.

Il nous reste à examiner les détails du pansement antiseptique appliqué aux plaies articulaires c'est ce qui fera le sujet de notre prochain article.

Dr P.

CONCOURS SCIENTIFIQUE

A propos du charbon.

Dans le numéro du 10 juillet dernier, le docteur Millet a publié une note sur une forme particulière du charbon chez l'homme ; dans l'étude que j'ai précédemment faite du charbon, je ne

l'ai pas signalée. Ce n'est pas qu'elle me fût inconnue, mais je n'ai pas cru devoir la rattacher aux affections charbonneuses.

Quelle que soit sa nature (et la difficulté sera bientôt tranchée), cette affection gangréneuse est des plus intéressantes, et je suis heureux de pouvoir ajouter quelques mots à la note si instructive du Dr Millet.

Cette lésion est assez rare, j'en ai pu pourtant observer trois cas chez des personnes vivant en contact pour ainsi dire continuel avec les animaux.

Le premier, chez un tondeur de moutons, siégeait au médius de la main gauche ; cautérisé au fer et passé à l'alcool camphré phéniqué, il fut assez longtemps à guérir.

Le second, chez un petit cultivateur, siégeait au gros orteil ; traité de même que le cas précédent, il guérit assez facilement. Retenons simplement son siège ; ce qui confirme cette proposition qui est universellement admise *que la forme anatomique de la lésion dépend de la structure de la région atteinte.*

Je ne crois pas devoir autrement insister sur ces deux cas qui, comme caractères extérieurs, ne font que reproduire la description donnée par notre confrère.

Le troisième cas est plus intéressant, aussi je pense devoir entrer dans quelques détails :

Le 6 octobre 1874, j'étais mandé près d'une femme de soixante-huit ans, et voici ce que m'apprenaient les commémoratifs : le 21 septembre, elle avait aperçu sur le bord externe de l'auriculaire droit une petite tache noirâtre, à peine saillante, bordée d'un étroit liseré rouge et absolument indolore.

Cette tache s'était d'abord lentement élargie, puis tout d'un coup avait pris une marche rapidement envahissante de sorte que successivement la main, tous les doigts et l'avant-bras presque en entier avaient été atteints.

La douleur était restée insignifiante, le gonflement bien que notable, n'était pas excessif, de sorte que la malade attendait, se contentant d'applications inoffensives que l'expérience d'une voisine lui avait indiquées. Pourtant le vétérinaire ayant été mandé pour un animal malade, elle avait cru devoir lui montrer son mal, et, sur son conseil, elle m'avait fait appeler.

Sauf la région du coude et l'extrémité des quatre premiers doigts, le membre présentait une teinte ardoisée ; les parties saines étaient séparées par un liséré carmin ; le gonflement était médiocre et la douleur à peu près nulle.

Sur le bras, des traînées rouges dessinaient le trajet des vaisseaux lymphatiques et conduisaient aux ganglions axillaires engorgés et sensibles.

On était au moins au seizième jour de l'affection, et aucun symptôme d'infection générale ne s'était montré.

J'eus encore recours à la cautérisation ignée et conseillai comme pansement le mélange suivant :

Alcool camphré.	500 grammes.
Acide phénique cristallisable.	10 —

En même temps, je prescrivais un régime tonique, de l'extrait de quinquina, etc., etc.

Le 14 octobre, la suppuration avait gagné tous les tissus gangrénés, et le 29, lors de ma dernière visite, je me bornais à toucher les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent pour régulariser le travail de cicatrisation.

C'est que l'affection, comme le disait le docteur Millet, est relativement bénigne ; c'est que sa propagation se fait bien plutôt en surface qu'en profondeur ; c'est que sa marche, lente, est pourtant régulièrement envahissante ; c'est enfin que l'intoxication se propage par le système lymphatique.

Le sang contient-il des bactéridies ? je l'ignore ne l'ayant pas examiné : je penserais plutôt que non, car la présence du microbe charbonneux se révèle par des phénomènes bien différents.

Ici c'est le tissu cellulaire lui-même qui est malade, il a subi une altération toute spéciale qui n'est pas l'infiltration œdémateuse du charbon. Cette altération se communique de proche en proche et reste pendant bien longtemps un phénomène local ; elle envahit des régions dont la structure diffère de celle des doigts et elle s'y révèle par ses caractères propres et non par ceux que déterminerait l'infection charbonneuse à la suite d'une pustule à la main, par exemple.

Je crois donc qu'il n'est pas possible d'assimiler complétement cette maladie gangréneuse au charbon, qu'il s'agit d'une affection de nature différente qui, peut-être, pourrait être rapprochée du *Charbon symptomatique de Chabert* et qui, par conséquent, ne doit pas être rattachée au groupe des affections charbonneuses (1).

Le microbe (si microbe il y a) serait, non pas la bactéridie caractéristique du charbon, mais cet autre microbe qui vit dans le tissu cellulaire et dans le tissu musculaire, sans se rencontrer presque jamais dans le sang.

C'est là un fait à vérifier, et la chose sera vite élucidée si le premier de nos confrères, qui aura la bonne fortune de rencontrer un cas de ce genre, veut bien essayer la culture artificielle et trans-

(1) Voir le numéro du 26 juin dernier.

mettre au *Concours* le résultat de son expérimentation.

En terminant, m'est-il permis d'émettre un vœu au sujet de la rédaction du *Concours?* — Ce serait que nos confrères, chaque fois qu'une question sera étudiée dans le journal, voulussent bien publier les faits qu'ils croient susceptibles de fortifier ou d'ébranler les théories admises.

Nous ne tarderions pas à constituer un *fonds commun* d'un nouveau genre où tous nous nous ferions un devoir de puiser largement.

Dr A. Gassot.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE

Etat mental des épileptiques

(*Suite*).

Impulsion. En général, les épileptiques sont connus pour leurs impulsions. L'impulsion est un phénomène psychique par lequel un individu est poussé à commettre un acte quelconque. Elle est quelquefois si brusque, si inattendue, si violente que l'exécution en est la conséquence immédiate. On l'observe surtout chez deux sortes de malades, les héréditaires et les épileptiques. Il faut donc chercher les autres manifestations qui sont un appoint précieux pour le diagnostic de la névrose. L'impulsion éblouit, domine, fascine, supprime la volonté, arme le bras immobile. C'est fait en un clin d'œil, c'est une sorte de convulsion mentale qui ne laisse après elle qu'un souvenir confus ou nul du crime accompli.

L'impulsion homicide est souvent précédée d'une sorte *d'aura epileptica* qui permet au malade d'avertir qu'il va frapper et devenir dangereux. « J'ai connu un sieur C..., âgé de trente ans, qui avait été condamné à mort par un conseil de guerre, pour d'inexplicables voies de fait envers son supérieur, et qui, dès qu'il se sentait envahi par une *aura epileptica*, criait précipitamment: *Gare!* A peine la menace avait-elle été entendue que la violence se produisait déjà. C... n'avait jamais eu d'attaques convulsives; il avait conscience de son état et était extrêmement affligé des brutalités sans nom qu'il avait commises dans sa vie. Sur sa propre demande, il est entré dans une maison de santé, puis on a dû le diriger sur l'asile de Clermont (Oise). »

Il est temps de dire que le bromure de potassium, à la dose quotidienne de cinq grammes, fait disparaître le côté impulsif. On supprime, par ce moyen, le côté médico-légal des épileptiques. Ceux-ci ne commettraient plus de crimes s'ils étaient tous soumis à ce traitement. Mais ce médicament ne guérit pas, car si on cesse son usage, le côté impulsif reparaît après trois ou quatre mois.

En dehors de leurs attaques les épileptiques sont violents, querelleurs, irritables, égoïstes, chagrins, ils molestent les autres et ils ont ce qu'on appelle vulgairement le *cœur sec*. Rien ne les intéresse, ni pensée bienveillante, ni acte aimable. De temps en temps ils sont pris d'un besoin automatique de mouvement; c'est comme une fièvre de vagabondage. Ils vont droit devant eux, la plupart du temps, pieds nus, tête nue, ils fournissent ainsi une marche énorme; puis tout d'un coup ils reprennent connaissance, demandent leur chemin et rentrent harassés. Interrogez-les, ils sont incapables de dire où ils ont été ni ce qu'ils ont fait. Bientôt on apprend qu'on les a vu passer à tel endroit, la figure troublée et excitée.

Pendant la période d'agitation, ils sont animés d'une rage aveugle et d'une fureur indescriptible, soit contre eux-mêmes soit contre autrui. On en voit se frapper la tête à coups de poings ou se jeter tête baissée contre un mur. Dernièrement est mort à Bicêtre un officier de santé qui, pendant une prévention affreuse à Mazas, s'était fracturé le crâne en se frappant la tête contre les murs de sa cellule.

Quand un épileptique frappe, il multiplie les coups à outrance, il déchiquette sa victime, il la met en morceaux. Le persécuté tire un coup de pistolet, mais une fois le meurtre accompli, il respecte le corps de sa victime. Un nommé D... avait donné à sa victime soixante-trois coups de couperet. Je l'ai fait acquitter. Cet homme avait cinq ou six fois par an de l'incontinence nocturne d'urine. C'est un fait qui m'a beaucoup servi pour établir mon diagnostic. D. est mort à Bicêtre.

Jean Michot, de Montargis, est un épileptique avéré. Le soir du 18 avril 1875 il a une grande attaque à la suite de laquelle il passe une nuit très-pénible à cause de rêves affreux et de cauchemars horribles. Il se réveille au petit jour, prend à peine le temps de se vêtir et sort « pour aller se faire embaucher. »

Il commence la sinistre journée du 19 avril par une longue course dont il a perdu le souvenir, cependant il rentre chez lui, écrase son chat et blesse sa femme. Ses voisins s'emparent de lui, l'attachent à une chaise et font coucher sa femme, à qui ils donnent les soins que réclament ses blessures. Mais bientôt Michot revient à lui, brise ses liens, saisit sa grande serpe et pénètre dans la chambre de sa femme. Pendant que les assistants épouvantés se sauvent, il s'acharne sur sa femme qu'il met en miettes, réduit le lit en poudre et les draps en écharpe. Il commence alors à travers champs une course de neuf à dix kilomètres pendant laquelle il décapite la veuve Freisy, mendiante âgée de soixante-neuf ans, assassine l'abbé Rocher et s'acharne avec une rage inouïe sur le cadavre de ce vieillard. Un peu plus loin, Tonnelier est massacré, la femme Tonnelier a le poignet coupé; le jeune Thiéry, âgé de neuf ans, a le crâne fracassé, et enfin Tellier est tué d'un seul coup. La femme

Tonnelier meurt le lendemain; total sept victimes. (1)

L'aliéné qui frappe a le respect du cadavre; il est soulagé, il a comme un grand poids de moins sur la conscience; il a rempli ce qu'il appelle un devoir.

L'épileptique a une rage aveugle, il s'acharne sur sa victime, multiplie les coups; il va jusqu'à retirer les viscères, etc.

L'épilepsie présente quelquefois des caractères secondaires. Certains malades sont pris d'une religiosité pathologique, ils ont des visions, des apparitions de personnages saints, ils voient la Vierge, les anges, etc. En un mot, ils sont pris d'hallucinations d'un caractère mystique.

« Ne peut-on pas se poser à soi-même un point d'interrogation et se demander si certains imposteurs religieux dont les visions et les révélations ont fait tant de bruit à toutes les époques, n'étaient pas, en dehors de leurs hallucinations de la vue, des épileptiques méconnus? En tout cas l'épilepsie semble avérée chez Mahomet.

« Le prophète aurait eu sa première vision après une attaque. Il sut en tirer profit et se faire passer pour inspiré du ciel. « Un ange m'apparaît souvent, dit-il, sous forme humaine et converse avec moi. J'entends souvent des sons semblables à ceux d'une coquille ou d'une cloche, et alors je souffre beaucoup. » D'après une tradition, il était très-triste quand l'ange lui avait apparu. Par les froids les plus vifs, la sueur lui coulait du front, ses yeux s'enflammaient « et quelquefois il beuglait comme un chameau. »

« L'épilepsie n'a point été contestée non plus chez certains sujets à célébrité équivoque ou malsaine, auxquels la crédulité publique a parfois attribué les priviléges miraculeux. La lecture attentive des ouvrages publiés sur la démonomanie et la sorcellerie démontre que la plupart des possédés étaient des épileptiques délirants et hallucinés (2). »

Epilepsie larvée. — « Il existe une catégorie d'individus qui, à des époques jusqu'à un certain point périodiques, sont susceptibles de présenter tout à coup des anomalies intellectuelles d'une durée très-brève, des étrangetés de caractère, des violences de langage, des écarts de conduite ou des impulsions fâcheuses, avec ou sans troubles hallucinatoires de la vue; parfois avec une véritable *aura*, mais invariablement avec la perte absolue du souvenir de tout ce qui a pu se passer pendant ces éclipses partielles de raison, de volonté et de liberté morale. » En effet, quand on leur dit : Vous avez prononcé telle parole, vous avez fait telle action, etc. Ils ne répondent rien, car ils n'ont souvenir de rien. Puis quelque temps après les mêmes faits se reproduisent avec une similitude uniforme. C'est une sorte de mécanisme à répétition ou si l'on aime mieux un cliché photographique, dont on tire une nouvelle épreuve à chaque manifestation morbide. Dans ces moments de trouble, ils ont un besoin automatique de mouvement, de marcher droit devant eux, sans but défini, sans direction arrêtée. Quand ils rentrent après leur fuite, ils ne savent pas où ils sont allés.

Ces malades n'ont pas d'accidents somatiques et cependant ils sont épileptiques. On l'a nié, il y a une dizaine d'années, et voici que dernièrement, en 1879, 1880, les Américains décrivent ces accidents sous le nom d'épilepsie mentale, d'épilepsie psychique ou encore d'épilepsie de l'intelligence.

Que deviennent ces malades? A quarante ans on dit de l'un d'eux : C'est un original. D'autres font des coups de tête, donnent leur démission, changent de religion, en un mot prennent des déterminations étranges. Observez bien ces malades, faites vous rendre compte de leur manière d'agir et vous ne tarderez pas à vous apercevoir que, de temps en temps, à des époques périodiques, ils refont les mêmes choses, exactement de la même façon. Donnez-leur une dose moyenne de bromure, trois, quatre, ou cinq grammes par jour, et ces accidents disparaîtront. C'est là, du reste, un traitement sans danger.

« En archéologie, on dit qu'une inscription est fruste, lorsqu'elle est en partie effacée et qu'il n'en reste qu'une ligne, qu'un mot, qu'une lettre, et même qu'un point seulement. A l'aide des signes qui ont été conservés, l'archéologue rétablit l'inscription perdue, et le numismate déchiffre une médaille altérée par le temps ; eh bien, le médecin, dans certains cas donnés, doit s'emparer d'un mot de la phrase morbide, et, avec ce mot, reconstruire la phrase tout entière. A Dublin et à Paris, Graves et Trousseau n'ont point agi autrement lorsqu'ils ont observé et décrit des pyrexies exanthémateuses sans exanthèmes, des catarrhes morbilleux sans éruption rubéolique, et des anasarques d'emblée, sans indices scarlatineux à la peau. N'a-t-on pas décrit la pellagre sans érythème et ne diagnostique-t-on pas tous les jours, la goutte chez l'enfant atteint de gravelle, chez l'adolescent qui a des accès d'asthme ou chez l'adulte sujet à des migraines? Et cependant, chez cet enfant, cet adolescent et cet adulte, la peau est nette et incolore, et les articulations sont libres.

L'épilepsie larvée est l'épilepsie fruste.

Il y a treize ans, quand j'arrivai à Bicêtre, on m'amena Philibert V., âgé de vingt ans. Après une journée passée à l'exposition (mai 1867), cet homme avait fait une fuite on ne sait où. Il était rentré chez sa mère à deux heures du matin. A cinq heures il se lève très-exalté, s'habille avec bruit, injurie sa mère, prend un couteau de cuisine et sort. Au coin de la rue Princesse, il assassine un paisible père de famille qu'il n'avait jamais vu et qui emplissait tranquillement un seau d'eau à la borne-fontaine.

Deux jours après le crime, il paraît doux, raisonnable. Je l'interroge, il ne se souvient de rien, s'étonne d'avoir été renfermé et demande à retourner à son domicile.

(1) Ceux de nos lecteurs qui désireraient connaître *in extenso* tous les détails de ce fait horrible, en trouveront la narration à la page 50 de *l'Etude médico-légale sur les épileptiques*, par M. Legrand du Saulle. A la page 55 ils liront l'observation de Léon Thomas qui, dans des circonstances analogues, a blessé sept personnes.

(2) On a vu par les conférences de M. Charcot, publiées dans ce journal, que ce médecin de la Salpétrière rapporte les faits démoniaques à l'hystéro-épilepsie à crises mixtes.

En interrogeant sa mère, j'apprends que Philibert V. n'a jamais été atteint de maladies sérieuses, qu'il se porte habituellement très-bien, qu'il est bon travailleur, mais que, de temps en temps, il est original, bizarre, irascible, menaçant et qu'il fait volontiers des *coups de tête*. Il sort alors très-troublé, se dirige généralement du côté des bois de Meudon, et rentre tout courbaturé au bout de trente-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, et de la meilleure foi possible ne peut dire où il est allé, ni ce qu'il a fait, ni où il a couché, ni ce qu'il a mangé! Il se remet à travailler et redevient aussitôt ce qu'il était auparavant.

Il y avait gros à parier que Philibert V. était un épileptique. Son père est mort épileptique dément dans un asile public. Mon malade a été transféré de Bicêtre dans l'asile de son département, mais je ne l'ai pas perdu de vue et j'ai appris qu'en 1870, 1871, il avait eu des attaques convulsives. L'épilepsie s'était nettement révélée, elle n'était plus fruste. Mais lorsqu'il a assassiné, Philibert V.., était atteint d'épilepsie psychique.

« Un sieur L..., cocher de la compagnie générale des voitures de Paris, âgé de vingt-neuf ans, est d'une sobriété éprouvée et a toujours passé pour un très-bon sujet. Depuis un an, il lui est arrivé cinq ou six fois d'abandonner sa voiture et de se mettre à marcher tout droit devant lui. Un jour, lorsqu'il a trouvé sa lucidité, il était couché à terre dans le bois de Vincennes. Il comprit aussitôt ce qui avait dû survenir, et alla réclamer son cheval et sa voiture à la fourrière de la préfecture de police. Il avait été puni, suspendu, révoqué, puis replacé, grâce à ses habitudes si connues de sobriété et aux bonnes notes que ses chefs avaient toujours données sur lui.

« Il est entré en 1872 à Bicêtre, après diverses péripéties qui sont demeurées fort confuses dans son esprit; il était calme, raisonnable, intelligent, protestait hautement contre toute inculpation entachant l'honneur et témoignait seulement d'une perte complète et momentanée du souvenir, à de certains intervalles.

« Plus je causai avec ce malade et plus je restai convaincu qu'il n'était rien autre chose qu'un épileptique larvé. Je le mis en traitement, mais il voulut sortir au bout de six à sept semaines et je le perdis de vue. »

Il y a quelques années, je fus mandé télégraphiquement en Saintonge pour examiner un jeune homme de vingt-deux ans qui avait douze ou quinze fois tenté de mettre le feu, à six ou huit semaines d'intervalle, chaque fois, de la même façon et toujours entre sept et huit heures du matin. Après interrogation et examen, j'affirme dans une pièce médico-légale que ce jeune amnésique est un épileptique larvé, et, en vue d'événements ultérieurs possibles, je la fais légaliser par l'autorité locale.

Je l'ai soumis au traitement bromuré qu'il a continué avec soin et depuis il n'a plus essayé de mettre le feu, il n'a plus déliré et est devenu doux, patient et affectueux. Sa faiblesse intellectuelle seule persiste.

« Une dame de trente ans est prise tous les mois environ d'une impérieuse envie de tuer sa fille, âgée de six ans et qu'elle aime passionnément. Elle passe environ vingt-quatre ou trente-six heures dans un état d'indicible anxiété qui alarme son mari, sa mère, ses domestiques; puis elle s'endort, se déclare guérie à son réveil et réclame son enfant. On pensa d'abord à une influence exercée par la menstruation, à des accidents hystériques, puis à une affection utérine; mais ces diverses opinions ne se justifièrent point. On accepta le diagnostic : *accès périodiques et transitoires de folie homicide*, et l'on prescrivit le sulfate de quinine, à la dose de 0,50 centigrammes pendant les cinq jours qui devaient précéder l'invasion supposée des impulsions criminelles.

« Je fus consulté, et après de longues et minutieuses interrogations, je reconnus que la périodicité des troubles intellectuels avait quelquefois fait défaut et qu'elle avait été remplacée quatre ou cinq fois par un vomissement subit, inconscient et avec perte de souvenir, et deux fois par une défécation soudaine, involontaire et absolument inexplicable.

« Lorsque je parlai d'un état épileptique spécial, on ne parut pas ajouter foi à mon opinion. Au bout de quelques mois cependant, on prit le parti d'en venir à la médication bromurée, et un succès complet s'en suivit; mais je ne m'en porte pas garant de l'avenir. »

Bien que j'aie contribué pour une bonne part à établir cliniquement l'épilepsie larvée, je ne m'attribue pas cette découverte et je n'en revendique pas l'honneur. Ne peut-on pas dire qu'elle est en germe dans le livre d'Hippocrate (édition Littré). A propos de la maladie sacrée *(morbus sacer)*, le vieillard de Cos parle de malades bizarres qui perdent toute connaissance, s'élancent hors du lit et *font des fuites hors de la maison*. On n'avait pas bien compris, mais aujourd'hui on sait que ces faits se voient et s'observent.

Avant de terminer cette conférence, je vais vous rapporter un fait extraordinaire et tout à fait sans précédents.

« Au mois d'octobre 1874, nous fûmes choisis pour arbitres, MM. Lasègue, Touzelin et moi, dans une question d'instance projetée en séparation de corps. Le mari, M. N., licencié en droit, homme d'affaires, très occupé de spéculations à la Bourse, rapportait d'une part ce qui suit : il avait été très heureux à une certaine époque dans ses opérations financières et il avait gagné quatre cent mille francs; sa femme, sur cette somme, avait placé cent mille francs en son nom, et elle n'avait rien dit, tant qu'il avait réalisé de beaux bénéfices; mais elle avait commencé à se plaindre et à le tourmenter dès qu'il avait perdu; il avait eu depuis quelques années plusieurs *congestions cérébrales*, des infidélités incompréhensibles de la mémoire et des besoins instinctifs de prendre la fuite; il était une fois arrivé à Marseille, sans savoir comment il y était venu, et, en attendant des nouvelles et de l'argent, il s'était mis à faire des affaires, à jouer à la Bourse, et il y avait gagné cent cinquante mille francs en dix-huit mois; un de ses fils était venu le rejoindre; puis un beau jour, sans motifs connus, sans causes appréciables et sans se souvenir d'avoir en quoi que ce soit prémédité un voyage, il s'était

retrouvé à Paris ; un an après, il se trouva au Havre un matin, souffrant beaucoup de la tête, et il ne put aucunement se rappeler comment il s'embarqua ; mais il reprit connaissance et surtout la possession de ses souvenirs en mer, au bout d'un temps assez long, puisqu'il demanda où il se trouvait et qu'on lui répondit : « En vue de Bombay ; » il fut très malheureux dans l'Inde, mais le consul de France fut bon pour lui et finit par le rapatrier : il n'a plus rien actuellement ; l'un de ses fils s'est attaché à lui, vit de sa vie et est son unique consolation ; sa femme habite avec ses trois autres enfants et ne veut plus le recevoir, ni lui donner d'argent, bien qu'elle ait actuellement huit mille francs de rentes et qu'il ne l'ait jamais maltraitée.

« La femme, d'autre part, rapportait ceci : son mari était bizarre, mobile, quinteux, violent, joueur forcené à la Bourse, étranger à toutes les satisfactions domestiques, avide de l'inconnu, calculateur incorrigible, amoureux des hasards et du péril, audacieux jusqu'à la folie, irascible, emporté, menaçant et violent : il avait eu des accidents cérébraux d'une nature insolite ; il s'était sauvé en bras de chemise dans tout Paris, par une nuit d'hiver ; son voyage à Marseille avait été bien surprenant, mais son voyage dans l'Inde s'expliquait bien moins encore ; elle avait pu obtenir heureusement sa séparation de biens autrefois, mais elle demandait aujourd'hui sa séparation de corps, parce qu'elle avait peur d'être frappée, peut-être tuée ; elle s'en remettait par avance à la sentence artitrale qui serait rendue, mais elle déclarait que la vie en commun était désormais impossible.

« Je rédigeai, après sérieuse délibération entre nous, et nous signâmes, MM. Lasègue, Touzelin et moi, une pièce dans laquelle, sans vouloir nous prononcer sur les voyages à Marseille et à Bombay, nous établîmes la très-grande probabilité de phénomènes épileptiques larvés, la nécessité d'un traitement par le bromure de potassium, et l'obligation, au moins pendant deux ou trois ans, d'une séparation amiable, dans l'intérêt des quatre enfants, mais sous la réserve d'une pension suffisante qui serait servie à M. W... par sa femme.

« Or, d'après M. Touzelin, médecin ordinaire et confident intime de ces époux désunis, il paraît que le malade a été visiblement amélioré, qu'il a supprimé son traitement et qu'il n'a pas tardé à s'exalter par intervalles et à nourrir contre Mme W... des projets de vengeance ; qu'il est parti un jour, accompagné de son fils âgé de dix-sept ans, pour supplier encore une fois sa femme de le recevoir en mari et en père, qu'on ne lui ouvrit point la porte, qu'on lui signifia, à travers la cloison, une irrévocable décision, malgré l'annonce formelle d'un suicide immédiat, et que, désespéré et hors de lui, il se tua.

« La porte de l'appartement de Mme W... resta close, le jeune homme se baissa sur le cadavre de son père, examina si la mort avait été instantanée, ramassa le revolver et se fracassa le crâne. Des voisins accoururent et trouvèrent les deux corps inanimés.

« Cet évènement s'est passé à Paris, en novembre 1875, dans la rue de ***, et a donné lieu de la part de tous les journaux aux commentaires les plus erronés.

« Et maintenant, étant admis que le suicide du père est un suicide pathologique, à quelle cause réelle attribuer le suicide du fils ? Au refus énergique de la mère, à la mort tragique du père, à l'émotion inspirée par l'horreur d'une telle scène, à l'influence de l'exemple et peut-être à une promesse faite de ne point survivre à un père si tendrement affectionné ? Et ce jeune homme de dix-sept ans n'était-il pas enfin le fils d'un déclassé, d'un congestif plus qu'étrange, très-probablement d'un épileptique larvé et d'un suicidé. Triste catastrophe, mais catastrophe fertile en déductions sociales, psychologiques et cliniques !... »

A la suite de cette brillante leçon, M. Legrand Saulle a fait passer sous les yeux de son auditoire quelques épileptiques dont les manifestations morbides étaient plus ou moins en rapport avec le sujet qu'il venait de traiter.

Note 1. A propos de l'épilepsie mentale, nos lecteurs liront avec fruit et même avec plaisir, à cause des nombreux faits qui y sont rapportés, le chapitre que M. Mausdley a consacré à la *folie épileptique* dans son livre sur *le crime et la folie* (1). Ils y verront que le savant professeur de médecine légale à *University College* (Londres) rapporte à l'épilepsie, une foule de manifestations psychiques et intellectuelles, ce qui confirme la thèse soutenue dans la conférence qu'on vient de lire.

Note 2. Les parties entre « » et notamment les observations rapportées avec détail, ont été prises directement dans *l'étude médico-légale sur les épileptiques*, par M. Legrand du Saulle (2). C'est un volume ou sont consignés une foule de faits très-intéressants, qui jettent un jour tout nouveau sur les nombreuses questions que comporte l'épilepsie, questions si complexes que l'exposé qui vient d'en être fait ne peut en donner qu'une faible idée. C'est dire que ce livre ne s'adresse pas seulement aux médecins légistes, mais à tous les praticiens qui ne doivent pas oublier l'opinion de Trousseau sur l'épilepsie : *c'est la maladie que l'on méconnait le plus souvent.*

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de laryngoscopie et de laryngologie du Dr Cadier.

Traitement de la phthisie laryngée. — Le traitement doit être en même temps local et général. L'observation d'un grand nombre de malades

(1) Un vol. in-8, 4e édition ; fait partie de la *bibliothèque scientifique internationale.* Librairie Germer-Baillière, Boulevard Saint-Germain, 108.

(2) Un vol. in-8 de 245 pages. Librairie A. Delahaye, place de l'Ecole-de-médecine, prix 6 fr.

nous a démontré que, pendant les deux premières périodes de l'affection, le traitement peut être très-efficace et arriver, lorsqu'il est continué avec persévérance, à donner non pas malheureusement une guérison absolue, mais au moins une amélioration très-grande. Seules, les lésions de la troisième période sont très-peu influencées par la médication; mais les applications locales présentent cependant l'avantage, même dans ces cas, de soulager souvent le malade et de retarder la manifestation d'accidents plus graves.

Tout l'arsenal thérapeutique a été essayé contre la phthisie; aussi je n'ai pas l'intention de faire l'énumération des différents traitements préconisés. Comme traitement général, j'ai, dans le plus grand nombre des cas, recours aux préparations créosotées. Les résultats consignés dans le mémoire des docteurs Bouchard et Gimbert, ceux publiés dans les thèses de mes élèves et chefs de clinique Hugues et Pélan, ainsi que le travail que j'ai publié en 1878 dans la *Gazette des hôpitaux*, ont démontré les heureux résultats de cette médication que je fais prendre, soit sous forme de :

Capsules d'huile de foie de morue contenant 5 centigrammes de créosote pure par capsule.

Ou d'huile de faine créosotée contenant de 25 à 50 centigrammes de créosote par cuillerée à bouche.

Ou encore d'élixir créosoté ainsi formulé :

Créosote pure.	13	grammes 50
Alcool de Montpellier.	260	—
Sirop d'écorces d'oranger.	200	—
Eau		pour compléter un litre.

A prendre par cuillerée à bouche dans un verre d'eau sucrée ou de tisane, à la dose de deux à quatre cuillerées par jour.

Chaque cuillerée contient 20 centigrammes de créosote pure.

La dose de créosote, prise sous diverses formes, varie suivant les cas, de 40 centigrammes à 1 gramme 50. Mais il est deux conditions essentielles de l'administration de la créosote : D'abord, n'employer que de la créosote bien pure et exempte d'acide phénique, ce qui, malheureusement, est très-difficile à obtenir; et en second lieu, n'avoir recours qu'à des préparations dans lesquelles la créosote soit parfaitement dissoute.

J'ai remarqué que les préparations créosotées donnaient surtout de bons résultats dans les formes torpides de la phthisie et, particulièrement, chez les individus de constitution scrofuleuse; chez les sujets nerveux, au contraire, et dans les formes rapides de la maladie, cette médication n'est pas toujours aussi bien supportée.

Dans nombre de cas, j'ai recours en même temps à l'arséniate de soude, à la dose de 6 à 10 milligrammes par jour; ou à une préparation de chlorhydro-phosphate de chaux, et j'ai soin d'y ajouter les potions calmantes et autres préparations usitées en pareil cas.

Traitement local. — Au début de la phthisie laryngée, et surtout lorsqu'on a affaire à un de ces cas si fréquents de toux spasmodique liée à un état inflammatoire de la commissure postérieure, on fait usage d'une solution morphinée :

Hydrochlorate de morphine.	1 gramme.
Glycérine.	20 grammes.

En applications locales sur le larynx, tous les jours ou, au moins, tous les deux jours.

En même temps, on pratique deux fois par semaine des cautérisations laryngées avec le mélange suivant :

Créosote pure.	1 gramme.
Alcool.	25 grammes.
Glycérine.	75 grammes.

A cette première période il est quelquefois préférable de ne pas pratiquer de cautérisations avec la glycérine créosotée; mais d'avoir recours au chlorure de zinc ainsi formulé :

Chlorure de zinc.	0	gramme 50
Eau distillée.	10	—
Glycérine.	40	—

En applications laryngées tous les jours ou, au moins, tous les deux jours.

Ces dernières cautérisations sont surtout indiquées dans les cas où le laryngoscope fait voir, sur l'appareil vocal, un état inflammatoire assez généralisé, avec léger gonflement des éminences aryténoïdes.

Pendant toute la seconde période et le commencement de la troisième période, on a recours aux mêmes applications, mais en forçant progressivement la dose de la créosote jusqu'à la formule suivante :

Créosote pure.	1 gramme.
Alcool.	20 grammes.
Glycérine.	30 grammes.

Alors, il se produit une modification qui a une importance thérapeutique considérable : après deux ou trois cautérisations, avec la glycérine créosotée, on voit l'aspect général du larynx se modifier; le larynx n'est plus, en effet, en partie baigné dans le pus, comme il l'était précédemment. La suppuration semble arrêtée ou diminuée, ce qui prouve déjà un temps d'arrêt dans la marche de la maladie.

En continuant ces cautérisations, au bout d'un temps plus ou moins long, selon la période plus

ou moins avancée de la maladie, on voit se produire les modifications suivantes :

Les bourgeons charnus qui constituent l'aspect serratique des cordes vocales s'affaissent et diminuent de volume ; la partie profonde des ulcérations est moins rouge, moins enflammée et se recouvre à son tour de bourgeons charnus. En raison de ces deux phénomènes en sens contraire, les dentelures des cordes vocales deviennent moins apparentes, et peu à peu les cordes vocales, de moins en moins échancrées, tendent à reprendre leur forme rectiligne. Mais cependant, le plus ordinairement, elles ne reprennent jamais leur forme primitive et on voit persister un renflement de leur partie moyenne qui leur donne l'aspect de rideaux à demi-relevés, mais sans apporter d'obstacle à l'émission de la voix pour les besoins ordinaires de la conversation.

A la période tertiaire, en plus du traitement local par la glycérine créosotée au cinquantième, on est souvent obligé, lorsqu'il y a œdème, d'avoir recours à des cautérisations avec une solution d'acide chromique au douzième ou au dizième ; et en même temps, surtout lorsqu'il y a dysphagie, on fait des applications locales de glycérine morphinée au vingtième.

Dans quelques cas de dysphagie avec ulcération très-limitée de l'épiglotte, j'ai eu recours à des applications de collodion morphiné qui, en formant un vernis protecteur sur l'ulcération, a pu faciliter aux malades le passage des aliments. Mais ce procédé opératoire n'a que des applications fort limitées et ne peut servir que dans des cas exceptionnels.

Pour compléter l'action des cautérisations, on fait également usage des pulvérisations chaudes, pratiquées une ou deux fois par jour. Au début, et surtout lorsqu'il y a toux spasmodique, on emploie une pulvérisation calmante ainsi formulée :

Bromure de potassium.	10 gr.
Hydrochlorate de morphine.	0 gr. 20
Eau.	100 gr.

Une cuillerée à bouche par pulvérisation.

Souvent on ajoute à la formule précédente un peu d'arséniate de soude, qui se trouve ainsi directement absorbé par les muqueuses et agit d'une manière beaucoup plus efficace sur la sécrétion des bronches :

Pulvérisation.

Arséniate de soude.	0 gr. 20
Hydrochlorate de morphine.	0 gr. 20
Glycérine.	50 gr.
Eau.	100 gr.

Une cuillerée à bouche par pulvérisation.

Lorsque on veut activer l'action des cautérisations à la créosote, on fait faire en même temps des pulvérisations créosotées. Il est préférable de n'employer que des solutions assez faibles pour ne pas produire de cuisson sur les lèvres et la partie antérieure de la langue qui sont frappées directement par le liquide pulvérisé :

Créosote pure.	1 gramme.
Alcool.	25 grammes.
Eau.	125 grammes.

Une cuillerée à bouche par pulvérisation.

Lorsque les eaux minérales sont indiquées, il est bon, en même temps que l'on en fait prendre à l'intérieur, d'en faire employer en pulvérisations.

Enfin, si par une complication d'œdème des éminences aryténoïdes et de l'épiglotte ou d'abcès assez volumineux, il se produit des phénomènes d'asphyxie, on peut être forcé de pratiquer la trachéotomie ; mais ce n'est là qu'un palliatif qui ne peut prolonger que pour peu de temps la vie du malade. Cette opération ne présente d'avantage bien réel que dans les cas où les phénomènes graves de la phthisie laryngée surviennent avant que les lésions pulmonaires ne soient encore très-avancées.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Règles professionnelles adoptées par les membres de la société locale de Vaucluse dans l'Assemblée générale du 20 novembre 1875.

Un Médecin appelé près d'un malade, au milieu d'une *maladie aiguë* en traitement, doit se refuser à prendre la place du confrère qui a commencé ce traitement, à moins que celui-ci n'ait cru devoir se retirer volontairement.

Il ne doit prescrire aucun remède, émettre aucune opinion, en l'absence du Médecin traitant, que dans le cas de nécessité absolue, auquel cas il doit compte au Médecin habituel des motifs de sa conduite. Il ne pourra prendre sa part du traitement, qu'à titre de Médecin consultant et conjointement avec son confrère, qui restera le Médecin ordinaire.

Dans *une maladie chronique régulièrement suivie par le médecin ordinaire*, le confrère appelé à lui succéder, doit loyalement faire tous ses efforts pour changer les dispositions du malade et de son entourage: proposer une consultation, en faisant ressortir le besoin qu'on aura du confrère appelé le premier. Dans le cas, où toutes ces tentatives ont échoué, on peut, si on le juge conve-

nable, se charger du traitement seul, et sans l'assistance du premier Médecin, mais à la condition de le prévenir sur-le-champ, et par lettre.

Dans *une maladie chronique, qui n'est pas régulièrement suivie par le Médecin ordinaire* on peut se rendre auprès du malade et lui donner ses soins.

Le malade peut, et le Médecin doit réclamer les conseils d'un second Médecin dans les cas graves ou douteux.

Le Médecin qui a été appelé en consultation, avec un ou par un de ses confrères, ne doit *jamais* accepter sa succession dans cette *même maladie aiguë ou chronique.*

Le Médecin appelé pour la première fois dans une maison, au début d'une maladie ou dans un cas d'accident, *doit* s'informer à quel titre on le demande : il ne doit en aucun cas chercher à supplanter le Médecin ordinaire ; s'il est appelé à défaut de celui-ci, absent ou malade, il *ne doit* donner ses soins que pendant l'absence de son confrère, et cesser de voir le malade, quand le Médecin ordinaire sera guéri ou revenu.

Si, au contraire, le Médecin appelé constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins et que l'ancien Médecin n'a pas été demandé, il peut continuer à traiter le malade.

Le cabinet du Médecin est un terrain neutre, où il peut donner ses conseils à qui les réclame.

Lorsque un Médecin sera appelé à l'extérieur, dans une commune pourvue d'un ou plusieurs Confrères, il devra s'enquérir d'abord du nom du Médecin de la localité qui donne des soins au malade afin de pouvoir le visiter conjointement et en qualité de consultant. — Dans le cas où le malade déclarerait ne vouloir être traité que par le Médecin étranger qu'il a fait appeler, celui-ci ne doit pas arguer de la proximité, ni du nombre de ses visites, pour demander moins de 5 fr. chaque fois.

Dans le cas où un Médecin étranger à la localite viendrait sur la demande d'un Confrère absent ou malade ou simplement avec son assentiment et pour le remplacer, faire des visites régulières, il pourra au contraire, mais seulement pour les clients de ce Confrère, abaisser le tarif jusques aux prix ordinaires des visites dans la localité.

OPHTHALMOLOGIE.

Thérapeutique usuelle des ophthalmies externes.

Résumé d'une communication de M. le Dr Fieuzal, *médecin en chef de l'hospice des Qninze-Vingts.*

(Suite).

Il y a longtemps déjà que je me suis élevé contre l'emploi aussi irrationnel que banal de collyres dont rien ne justifie la composition ni le mode d'emploi, et, en fait, il n'y a pas de semaine où je n'aie, comme tout mes confrères oculistes, l'occasion de déplorer l'usage intempestif qui en a été fait.

Le sulfate de zinc surtout imprime à l'œil qui en a subi le contact, dans le cas où il y avait déjà un léger commencement d'iritis tout à fait bénigne, un cachet tel qu'il est rare qu'on s'y trompe quand on est un peu habitué. Le malade, en effet, présente au bout de quelques jours, au lieu de l'iritis légère dont il était atteint, une véritable kératite séreuse avec iritis plastique, chémosis péricornéen, et une violente rougeur conjonctivale avec larmoiement très-abondant et photophobie.

L'iritis, qui, très-probablement, a cédé en quelques semaines par le seul emploi de compresses chaudes, s'est exaspérée grâce à l'emploi du collyre et a pris une forme des plus graves dont le traitement le mieux entendu et le plus docilement suivi ne parviendra pas toujours à enrayer la marche. Bien heureux celui qui s'en tirera sans contracter pour le reste de ses jours une ou plusieurs synéchies postérieures.

Que dire maintenant des collyres solides, soit pulvérulents comme le calomel, d'un usage banal dans certaines kératites encore à la période aiguë et dont il contrarie visiblement l'évolution histologique, soit solides comme le crayon de nitrate d'argent mitigé ou non, promené entre les paupières sans même que celles-ci soient prudemment retournées, de façon à pouvoir aussitôt neutraliser l'excès du caustique.

On demeure véritablement confondu quand on voit ce qui se passe au dépôt des Enfants-Assistés, par exemple (clinique des Quinze-Vingts, Delahaye, 1876), où sont conduits les enfants bien portants dont les parents malades sont recueillis dans les hôpitaux. Ces pauvres malheureux, vivant en promiscuité avec d'autres enfants atteints d'ophthalmies contagieuses, ne tardent pas à être pris à leur tour de la même affection et trop souvent, lorsqu'ils en sortent, ils sont atteints de staphylomes, de leucomes ou de taies dont un traitement bien ordonné eût certainement empêché la reproduction.

Mais il ne suffit pas de montrer l'influence néfaste d'une pratique désormais condamnée, il est nécessaire de prouver, par des faits irréfutables, qu'il y a mieux à faire, bien plus que ce mieux a déjà été réalisé.

C'est en vous rapportant des observations d'enfants ou d'adultes atteints d'ophthalmies graves et traités par la méthode que je recommande, que j'espère faire passer dans vos esprits la conviction qui m'anime ; ai-je besoin de dire que ma grande satisfaction sera de voir cette conviction partagée et la méthode que j'emploie généralisée par vous tous, qui, plus que personne, serez à même de faire profiter la classe ouvrière de ce véritable bienfait. Vous contribuerez, dans une large mesure, à répandre et à vulgariser l'emploi de ce traitement très-simple et parfois, vous le verrez suivi d'un résultat inespéré ; j'ose dire, que dans aucun cas vous n'aurez à regretter de l'avoir mis en usage et que bientôt vous abandonnerez tous les collyres métalliques, ou que du moins vous ne commencerez jamais par eux dans le traitement d'une affection qui fera surgir dans votre esprit le moindre doute sur la questiou de savoir si le tractus uvéal est pour la plus minime part compris dans le travail inflammatoire pour lequel on sollicite votre intervention.

De cette façon, vos malades ne seront plus exposés à ces interminables ophthalmies qui résistent à tous les moyens par l'unique raison qu'à leur début une médication intempestive a été mise en usage.

Est-ce à dire que, par le moyen que je préconise, on évitera toujours les ulcérations, les perforations et les leucomes consécutifs de la cornée? Telle n'est pas ma pensée, car il est incontestable que toute cicatrice, résultant d'une prolifération conjonctive, laissera, comme conséquence fatale, une opacité plus ou moins étendue en surface et en épaisseur, mais, du moins, celle-ci sera-t-elle réduite à son minimum et sera-t-elle, dans bien des cas, susceptible de disparaître, d'autant plus complètement qu'elle ne renfermera plus, comme dans les cas auxquels je fais allusion, des parcelles métalliques à un état de division tel qu'il est impossible de les détruire. Il est clair aussi qu'à l'aide des alcaloïdes neutres mis en usage pendant le traitement, toutes les chances favorables seront pour le malade, tandis qu'elles sont contre lui avec les traitements qui ont pour base des sels métalliques.

J'ajoute, à ce propos, que l'emploi du sulfate d'ésérine substitué à celui de l'atropine dans les affections de la cornée, et même dans les pustules conjonctivales avec sécrétion abondante, m'a rendu des services que je n'ai jamais notés pendant que je faisais usage de l'atropine. Il est pour moi incontestable, par exemple, qu'avec l'ésérine les ulcérations de la cornée se comblent plus rapidement, et, chose importante, quand on fait usage de ce collyre, on n'observe pas la formation aux dépens de leucocytes, de ces dépôts blanchâtres recouvrant l'ulcération, et qui deviennent ultérieurement le point de départ de cicatrices blanches d'autant plus nuisibles à la fonction visuelle, qu'elles occupent une place plus centrale et en regard de l'ouverture pupillaire. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Dr Alliot. — *Nouvelle théorie de la foudre.* Librairie J.-B. Baillière et fils.

La veuve d'un de nos confrères, désireuse de venir en aide à un médecin, en mémoire de son mari, offre pour plusieurs années, à Rouen, *la jouissance*, à *titre gracieux, de:* 1° Un logement consistant en un cabinet monté, livres, etc. 2° Une chambre, une salle à manger, deux mansardes pour un domestique, cabinet d'attente, une remise, une écurie.

AVIS. — Un jeune interne des hôpitaux d'Alger désire faire un remplacement pendant les vacances. — *S'adresser au bureau du Journal.*

CORRESPONDANCE

— Dr G., à M. (Aisne), 10 juillet.

Inscrit le Dr P. Nous sommes à votre disposition, pour les numéros qui vous manquent. Nous ne nous lasserons de réclamer à la poste. Nous ne pouvons le faire que si on prend, comme vous, la peine de nous informer.

— Dr H.-R., à V. (Ardèche).

Oui, nous ferons ce que vous réclamez. On vous a adressé le numéro. Vous pourrez, à l'expiration de votre abonnement, réclamer votre inscription comme membre participant, si vous partagez les idées exprimées dans nos programmes.

— Dr H., à A. (Ardennes), 11 juillet.

Il sera fait selon votre désir, avec nos souhaits de rétablissement, nous attendons votre visite.

— Dr M., à N. (Loire-Inférieure), 6 juillet.

La New-York a dû vous répondre.

— Dr C., à L. (Haute-Marne), 13 juillet.

Vous êtes inscrit. Nous ne faisons cette mention que lorsqu'elle nous est commandée par un motif spécial.

— Dr P., à O. (Loiret), 15 juillet.

On vous a adressé les numéros 1. C'est par le fait de la poste qu'ils ne vous étaient pas parvenus.

— Dr L., à L. (Gironde), 13 juillet.

« Vous dites : 1° *Je vois avec regret s'éloigner l'époque de la constitution définitive de la Société. Nous devons être deux mille à l'heure actuelle, tant fondateurs que participants;* 2° *Je vois, dans votre exposé, quelles seront les sources de revenus du* Concours; *je ne vois pas quel en sera l'emploi;* 3° *Il est difficile de reconnaître dans vos communications récentes, ce que contenaient les premières, etc...* »

1° Nous dirons à la première réunion générale, qui établira les bases de la *Société de Concours médical :* Voici la somme disponible ; fixons-en l'affectation. Il faut que cette somme ait quelque importance. Le premier semestre, lorsque le journal ne contenait que deux ou trois annonces, vous concevez aisément que les frais dépassaient largement les produits. Ce n'est que maintenant que les produits dépassent les frais; nous supposons que vous reconnaîtrez qu'un journal de récente création, qui a un si grand nombre de fondateurs ou participants et leur procure déjà, par la gratuité, une économie de plus de 30,000 francs chaque année, peut réclamer à bon droit, un peu de patience.

L'affectation des excédents du *Concours* sera décidée, sur nos propositions, par l'assemblée générale. Toutes les indications contenues dans nos exposés précédents et les indications nouvelles, fruits de l'expérience, ou des propositions de nos lecteurs, seront les bases de cette affectation. Plus que personne, nous avons le désir de voir la constitution de la Société; mais nous avons l'avenir devant nous et vous nous permettrez d'être les juges de l'opportunité. Si vous veniez vous entretenir un instant avec nous, vous seriez le premier à reconnaître qu'elle n'existe pas encore.

2° Non, nous ne sommes pas encore deux mille. Cela dépend de vous et des nôtres. Nombre de confrères reçoivent depuis longtemps le *Concours*, à divers titres, qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion signée. Nous ne les considérerons comme des nôtres qu'à cette condition.

— Dr B., à C., 13 juillet.

Merci de l'expression de votre sympathie. Le Dr L. est inscrit.

— Dr M., à St-M. d'A. (Cher).

Vous êtes inscrit. Prière de vous adresser au libraire du *Concours*, pour les ouvrages dont il s'agit. Nous sommes heureux de votre promesse d'actif concours.

— Dr M., à V. le F.

Vous êtes inscrit. Ce retard de journal n'est pas de notre fait. Il est mis à la poste le samedi au plus tard.

— Dr D., à P. (Oise).

Reçu votre adhésion. Vous étiez depuis longtemps considéré comme des nôtres, sur le dire de nos amis.

— Dr R., à B. (Haute-Marne), 17 juillet.

Nous vous inscrirons volontiers, sans présentation directe. Votre lettre suffit, puisqu'elle nous promet votre actif appui et vos communications professionnelles qui seront les bienvenues. On vous envoie les vingt-neuf numéros de 1880.

— Dr B., à V. S. A. (Aisne), 15 juillet.

Vous trouverez tous les appareils d'orthopédie et bandages chez MM. Galante. Nous avions omis cette réponse dans notre lettre récente.

— Dr L.-J., 574 (Gironde).

Nous ferons toucher, à l'adresse indiquée. Nous avions fait l'abonnement, sans attendre l'envoi de votre part.

— Dr T., à R. (Vosges), 17 juillet.

Vous êtes inscrit comme abonné. Vous avez dû recevoir les numéros de 1880. Par leur lecture vous vous assurerez que les résultats procurés par la New-York sont bien plus avantageux que ceux d'autres Compagnies.

— Dr R., à L. (Hérault), 15 juin.

Très-volontiers.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Pari Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 31 31 juillet 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. DAVAINE a lu un travail intitulé : *Recherches sur le traitement des maladies charbonneuses chez l'homme*. Sous le rapport du traitement, dit-il, il faut distinguer, dans la maladie charbonneuse de l'homme, trois périodes : la première consiste dans une pustule formée par les bactéridies développées dans le corps muqueux de la peau. Il existe à peine du gonflement autour de la pustule, et les bactéridies sont encore confinées dans un espace bien limité.

La seconde est caractérisée par un œdème qui environne la pustule et qui s'étend quelquefois loin du point d'inoculation ; les bactéridies se trouvent dans cet œdème, mais elles n'ont point encore pénétré dans le sang, du moins le résultat de certains traitements doivent le faire présumer.

Enfin, dans une troisième période, les bactéridies ayant pénétré dans le sang se trouvent dans les organes internes ; la maladie est devenue générale.

Dans le premier cas, il suffit de détruire le foyer primitif, ce qui est facile par des moyens divers. Dans le second, on peut encore obtenir quelques bons effets des moyens qui agissent localement sur la pustule même ; mais l'existence des bactéridies, en dehors de leur foyer primitif, montre que ces moyens ne doivent point être seulement destructeurs, mais qu'ils doivent encore avoir un effet antiseptique, sans quoi l'on devrait faire subir aux organes atteints, des délabrements qui, par eux-mêmes, constitueraient des maladies graves.

Dans le troisième cas, le traitement local ne peut avoir aucun résultat utile.

M. Davaine s'occupera des moyens applicables principalement à l'*œdème malin* ou à la deuxième période de la *pustule maligne*, en particulier de l'*iode*, du *sublimé corrosif* et de l'*extrait de feuilles de noyer*.

L'introduction de l'iode dans la thérapeutique des maladies charbonneuses est due à un jeune vétérinaire, M. Stanis Cézard, qui eut le bonheur de guérir, par ce moyen, un de ses amis atteint d'un œdème malin de la face.

M. Davaine avait d'ailleurs constaté, en 1873, qu'une solution d'iode iodurée au douze-millième, détruit le virus charbonneux après une demi-heure de contact, tandis que pour obtenir le même résultat avec l'acide phénique, par exemple, il faut une solution au deux-centième. Des expériences plus récentes ont montré à M. Davaine que la limite extrême de l'action antiseptique de l'iode est la proportion de 1,170,000 ; ce qui représente la solution de 1 centigramme d'iode dans 1,700 grammes d'eau.

M. Davaine cite un certain nombre de faits dans lesquels l'iode a été employé avec succès pour combattre le charbon chez l'homme, et qui sont dus à MM. Stanis Cézard, Raimbert (1874), Baladoni (1875), Rémy (1876), Chipault, d'Orléans (1880).

La limite de l'action antiseptique du sublimé corrosif est la proportion de 1,150,000 à 1,160,000, ce qui représente la solution de 1 centigramme de sublimé dans 1,500 grammes d'eau. Ce médica-

ment a été employé avec succès et préconisé par les médecins de la Beauce.

Quant à l'action du suc des feuilles de noyer vantée par un médecin de Perpignan, M. le docteur Pomayrol, et par M. le docteur Raphaël (de Provins), dont les observations furent l'objet d'un rapport de Nélaton en 1857, au sein de l'Académie, M. Davaine a fait à ce sujet des expériences au nombre de sept dont il croit pouvoir conclure que le suc des feuilles de noyer est doué de propriétés antiseptiques suffisantes pour détruire le virus charbonneux.

« Nos expériences relatives aux propriétés antiseptiques de l'iode et les faits cliniques qui les confirment, dit M. Davaine, ne peuvent laisser de doute sur l'efficacité du traitement iodé dans les affections charbonneuses. L'iode peut être employé à l'exclusion de tout autre moyen de traitement dans la première et dans la seconde période de l'œdème malin de la pustule maligne. Ce traitement est exempt de douleurs vives, il n'altère point les tissus envahis, il ne laisse point dans les parties atteintes de désordres consécutifs graves; il est facile dans son application et prompt dans ses résultats; il peut donc, sans inconvénient, être mis en pratique dès le début du mal, alors même que le diagnostic laisserait quelque incertitude. »

C'est l'action des injections sous-cutanées qui paraît la plus manifeste, si l'on considère que 10 gouttes d'une solution au 1/500 représentent 1 miligramme d'iode , quantité beaucoup plus que suffisante pour neutraliser 100 grammes du liquide virulent. Vaut-il mieux injecter des solutions au 1/500, au 1/1,000, au 1/2,000? Vaut-il mieux les répéter souvent ou ne les faire que deux fois par jour, comme M. Davaine incline à le croire? Ce sont là des questions auxquelles les faits cliniques pourront seuls répondre.

Quant au sublimé corrosif, il pourrait recevoir des applications semblables si l'on n'avait pas à craindre ses effets toxiques. Peut-être que sa fixité, plus grande que celle de l'iode, trouvera, dans certain cas, des applications particulières.

Le traitement par les feuilles de noyer ne doit pas être rejeté de la thérapeutique des maladies charbonneuses. Combien de fois ne voit-on pas, à la lecture des faits rapportés par les divers auteurs, que le traitement n'a pu être mis en pratique immédiatement, parce que le malade était éloigné de tout secours médical, parce que le médecin n'avait pas sous la main les médicaments et les instruments nécessaires! Dans ces cas, à la campagne, on trouve partout des feuilles de noyer; il pourrait quelquefois être utile d'en couvrir la partie malade en suivant les prescriptions du docteur Raphaël.

— Nous continuons aujourd'hui la publication de la liste des lauréats des concours de 1879.

Prix fondé par madame veuve Henri Buignet. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Henry Armaignac, médecin à Bordeaux (Gironde), pour son ouvrage intitulé : *Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et réfraction oculaire*, inscrit sous le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde à titre d'encouragement une somme de 500 francs à M. Claude Martin, médecin à Lyon, pour son mémoire sur la prothèse immédiate dans les résections des os maxillaires, inscrit sous le n° 6.

Prix fondé par le M. le docteur Itard. — L'Académie partage le prix ainsi qu'il suit :

1° 1,200 francs à MM. les docteurs P. Diday et Doyon, de Lyon, pour leur ouvrage ayant pour titre : *Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées*, inscrit sous le n° 2.

2° 800 francs à M. le docteur Legrand du Saulle, médecin à Paris, pour son ouvrage intitulé: *Le délire des persécutions*, portant le n° 9.

Elle accorde une mention honorable à MM. les docteurs Henry Bonnet, directeur de l'asile public de la Roche-Gandon, et Poincarré, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'ouvrage inscrit sous le n° 1, intitulé: *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale*.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur :

« Établir par des faits exacts et suffisamment
« nombreux, chez les hommes et chez les animaux
« qui passent d'un climat dans un autre, les modi-
« fications, les altérations de fonctions et les
« lésions organiques qui peuvent être attribuées
« à l'acclimatation. »

L'académie décerne le prix à M. le docteur Jousset (Alfred), médecin à Lille (Nord), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour épigraphe : *Non excogitandum, neque fingendum*, etc., etc.

Elle accorde, à titre de récompenses, une somme de 1,000 francs à M. le docteur Bertholon (Lucien), médecin à Lyon (Rhône,) pour son mémoire portant l'épigraphe suivante : *La migration est une fonction de l'humanité,* inscrit sous le nº 1.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le docteur de Alfaro correspondant à Madrid. — Un seul concurrent s'est présenté. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

L'Académie avait proposé relativement à l'hygiène de l'enfance pour sujet de prix la question suivante : « De l'allaitement artificiel. » Ce prix était de la valeur de I,000 francs. Douze mémoires ont coucouru.

L'académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde à titre de récompenses :

1º 300 francs à M. le docteur Perron, médecin à Besançon, aux Chaprais (Doubs), pour son mémoire ayant pour épigraphe : *Omnia sapienter age*, inscrit sous le nº 1 ;

2º 300 francs à M. le docteur G. Anner, médecin à Brest (Finistère), pour son travail inscrit sous le nº 2, portant pour épigraphe : *Boire et manger beaucoup ne portent pas profit ; c'est par digestion que l'enfant se nourrit :*

3º 200 francs à M. le docteur Finot, médecin des épidémies à Vitteaux (Côte-d'Or), pour son mémoire ayant pour épigraphe : *Les systèmes passent, les faits restent*, inscrit sous le nº 9;

4º 200 francs à M. le docteur Léon Dardenne, médecin à Lacapelle-Marival (Lot), pour son travail portant l'épigraphe suivante : *Puellus quoad primores dentes emiserit, solo lacte alendus* (Galien. *De sanita tuenda*), inscrit sous le nº 4.

Elle accorde en outre, à titre d'encouragement :

1º Des médailles d'argent à : M. le docteur A. Bousseau, médecin à Cholet (Maine-et-Loire), pour son mémoire inscrit sous le nº 4 ; — M. le docteur Monribot, médecin à Épinay-sur-Seine, pour son travail inscrit sous le nº 11 ; — M. le docteur Ludovic Stugoski, médecin à la Sauve (Gironde), pour son mémoire inscrit sous le nº 12.

L'Académie accorde aux travaux en dehors du concours :

1º Des médailles d'argent à : M. le docteur Louis Amat, médecin major de première classe au 81ᵉ régiment d'infanterie, pour son étude statistique comparée sur la mortalité des enfants dans la ville de Cette, pendant quinze années ; — M. le docteur Rozan, médecin principal d'armée, pour son mémoire sur la suppression des bureaux de placement de nourrices et sur la création de bureaux de placement administratifs, etc.

2º Une médaille de bronze à M. le docteur Bedoin, médecin-major au service des hôpitaux militaires pour son travail intitulé : *Essai sur l'éducation physique au premier âge en Algérie.*

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE DANS LES MALADIES ARTICULAIRES.

(*Suite*).

Nous avons l'intention de résumer les préceptes généraux du pansement antiseptique appliqué aux plaies articulaires et surtout aux plaies chirurgicales des articulations.

Nous examinerons ensuite le pansement ouaté et nous essaierons de comparer les avantages des deux modes de pansements aujourd'hui usités.

Pour le pansement antiseptique nous continuerons à nous servir de la thèse du Dr Piéchaud. Pour le pansement ouaté nous aurons recours aux travaux de M. le professeur Verneuil qui est un des patrons convaincus du pansement d'Alphonse Guérin.

Voici quelques règles générales à observer avec la méthode de Lister.

Certains objets surtout contiennent les germes dont la destruction est le but principal à fournir. Ce sont les éponges, par exemple, et les objets où peuvent séjourner des matières putréfiables. Tous ces objets sont préparés de façon à être ramenés à un état de salubrité parfaite, à être privés d'êtres vivants et de germes, et ce résultat est obtenu en plongeant les parties dans un bain antiseptique.

Deux solutions aqueuses jouent un grand rôle dans le pansement : la solution d'acide phénique à 50 grammes pour 1000 gr. ou *solution forte,* et la soluton à 25 gr. pour 1000 gr. d'eau ou *solution faible.*

Des instruments sont plongés assez longtemps avant l'opération dans la solution forte, et il est bon de les frotter avec un linge ou une éponge pour qu'ils soient bien mouillés. Les éponges y sont maintenues en per-

manence, et, avant de les remettre à l'opérateur, on doit les exprimer avec soin. Tout objet devant être mis en contact avec la plaie ou ses environs, sera purifié de même.

Le champ opératoire où l'opération doit se faire, et les parties voisines doivent être nettoyés avec soin au moyen d'une éponge imprégnée de la solution forte. Si la partie est très-sale on pourra au préalable la laver avec une éponge et de l'eau chaude ordinaire.

Les mains de l'opérateur, de ses aides et même des infirmiers, doivent être plongées dans la solution faible.

Ainsi toutes les précautions sont prises, tout ce qui doit toucher la plaie est aseptique.

Pour neutraliser les germes que l'air va déverser avec abondance dans la plaie, M. Lister a eu l'heureuse idée de créer autour du champ opératoire une atmosphère antiseptique par la pulvérisation de l'eau phéniquée. Dans le même but, M. Lucas-Championnière a fait construire un appareil plus puissant et moins fatigant que l'appareil de Richardson. Il porte trois tubulures recourbées. Le soufflet est aplati et se manœuvre avec le pied. Le jet n'a pas d'action topique à exercer, l'appareil peut donc être assez éloigné pour que le champ opératoire soit bien enveloppé par le nuage.

Tous les appareils à vapeur pour la pulvérisation sont beaucoup plus parfaits et plus convenables pour ces opérations, que l'on emploie le modèle du professeur Lister ou les différents modèles récenmment construits à Paris.

La ligne de réunion, les angles, la plaie laissés libres ne doivent pas être atteints par les substances irritantes telles que l'acide phénique que va dégager le pansement sous peine de grauuler et de suppurer. C'est le *protective* qui sert à cet effet.

Il a été assez difficile de réaliser la fabrication de ceci : étoffe de soie très mince, sorte de taffetas gommé, revêtu de vernis copal et de dextrine, absolument imperméable à l'acide phénique. Cette étoffe verte et souple est d'abord taillée en bandes de manière à dépasser très-peu les bords de la plaie, puis elle est lavée avec la solution faible. On la place sur la plaie, puis on prend quelques fragments de gaze antiseptique que l'on trempe dans la solution faible et que l'on pose directement sur le protective.

L'élément essentiel du pansement, la *gaze antiseptique*, a pour but de continuer à entretenir autour de la plaie une atmosphère antiseptique. Cette gaze a la consistance de notre tarlatane, elle est imprégnée de résine et de parafine mélangées d'acide phénique. Elle cède l'acide phénique qui se volatilise, surtout au contact d'un corps chaud, et ainsi elle empêche la putréfaction des liquides versés à la surface de la plaie. Aussi les pansements n'ont-ils aucune odeur mauvaise.

Pour employer la gaze, on en superpose huit feuillets; entre le septième et le huitième feuillet on place l'imperméable ou *mackintosh* qui est une étoffe de coton mince et souple, revêtue d'une couche de caoutchouc mince mais bien résistante; la surface lisse est tournée du côté de la plaie. Le pansement doit couvrir une étendue assez considérable au delà de la plaie et la dépasser largement pour pouvoir être croisé et s'opposer à la sortie des liquides. Le pansement est fixé à l'aide des bandes faites avec de la gaze antiseptique. Ces bandes sont solides et ne glissent pas.

Parfois il est nécessaire dans une opération comme celle qui nous occupe de lier de petites artères.

On emploie dans ce cas le *catgut*. Cette substance importante s'obtient en faisant baigner des cordes à boyaux pendant quatre à six mois dans le mélange suivant : on fait fondre des cristaux d'acide phénique dans un poids d'eau égal au dixième du leur, puis on ajoute cinq parties d'huile d'olive et l'on mêle. On obtient ainsi un corps aseptique qui peut séjourner un temps indéterminé dans les tissus sans entraîner la suppuration et peut même disparaître peu à peu. La ligature est très-solide. Elle se fait comme avec un fil ordinaire, seulement les fils sont coupés très-près du nœud.

Voici maintenant les règles spéciales aux plaies articulaires.

Comme toute autre opération, la ponction articulaire ou l'incision doivent être précédées d'un nettoyage complet du membre sur lequel on va opérer. Les instruments préparés à l'avance auront pendant assez longtemps séjourné dans le liquide antiseptique, également au 20 ou même davantage, et on aura soin d'écarter des pièces de pansement ou des objets, qui doivent servir à l'opération, tout ce qui est éponges vieilles, linge ayant déjà servi, etc.

La méthode de Schede, qui s'est généralisée en Allemagne et a donné de beaux succès à M. Carl Rossender, consiste en un lavage complet de l'articulation jusqu'à ce que les liquides reviennent absolument limpides. On peut avec cette mithose retirer des avantages précieux de l'appareil Dieulafoy dont le maniement est si simple.

Deux cas se présentent : on ouvre des articulations saines ou relativement saines, et des articulations plus ou moins malades. A ce dernier groupe appartiennent toutes les arthrites suppurées. Un premier point à observer dans la chirurgie antiseptique des articulations est l'évacuation complète. Pour l'observer exactement il faut non-seulement pratiquer d'assez larges débridements, mais encore établir par le drainage une voie qui puisse être suivie par les liquides exsudés après l'opération. Ce précepte est aussi rigoureux dans l'arthrotomie appliquée aux corps étrangers qu'il l'est dans l'arthrite suppurée. Seulement dans le premier cas le débridement sera nécessairement moins étendu, et pourvu que par un tube assez gros il y ait unc soupape de sûreté dans la synoviale les accidents consécutifs seront suffisamment prévenus. Même observation peut être faite à propos des luxatious : ajoutons seulement qu'ici la méthode antiseptique n'a rien à voir à l'étendue de la plaie qui sera ce que le traumatisme aura voulu qu'elle soit.

Devra-t-on suturer les plaies ? M. Piéchaud, en

s'appuyant sur ses observations et celles de M. Lucas-Championnière répond par l'affirmative.

Voici maintenant le point le plus délicat de la question : Quelles règles spéciales réclame l'ouverture des articulations malades ?

On doit ouvrir largement, il faut nettoyer jusque dans ses replis la synoviale, la suture est faite ensuite, le drainage est indispensable.

Voici en quoi consiste le nettoyage de la séreuse. Lorsque la capsule est ouverte, un flot de pus s'écoule, avec lui bien souvent des dépôts purulents, pultacés, des fausses membranes en un mot s'échappent. Quand l'écoulement est terminé, qu'il soit séreux ou purulent, avec le doigt phéniqué, c'est-à-dire très propre, on va doucement se rendre compte des lésions des parties profondes. Cette exploration nécessaire dans l'arthrite purulente et dans l'hydarthrose permet, la lésion constatée, d'y porter un remède.

Si en effet, la synoviale contient des débris membraneux adhérents, retient encore un peu de pus, l'injection phéniquée sera faite plus ou moins énergique, ou bien même, comme l'indique M. Lucas-Championnère et comme le font le professeur Albert (d'Insprück) et bien d'autres, avec une petite éponge neuve montée et soigneusement phéniquée on ira frotter doucement les surfaces et enlever les débris adhérents. L'éponge chargée de ce temps de l'opération sera imbibée de solution forte phéniquée ou d'une solution de chlorure de zinc étendue. Il peut alors s'écouler un peu de sang, jamais en grande quantité : les injections ultérieures suffiront pour en débarrasser la jointure, et sans attendre beaucoup on pourra procéder au pansement.

Ici se place la question des sutures et du drainage. La suture est d'autant plus nécessaire que les observations prises sur des malades traités par le pansement antiseptique démontrent qu'elles réussissent avec une surprenante facilité. L'ouverture large a permis de débarrasser l'articulation des produits étrangers, la suture va réduire la plaie, et si par exception les suites de l'opération ne sont pas favorables, et que de la rétention vienne à se produire, on sera toujours à temps de défaire un ou deux points de cette même suture, attendu que cet accident consécutif se présentera presque toujours dans les vingt-quatre ou trente-six heures premières. Mais le drainage se présente comme un moyen de satisfaire à l'exigence de l'évacuation. *Le pansement antiseptique ne peut se passer du drainage.*

Comme le fait remarquer le professeur Lister, après l'opération on ne peut obtenir que la plaie ne donne pas lieu à un écoulement. C'est du liquide séreux, puis un peu hématique et bientôt seulement louche. Mais il n'est nul besoin de placer dans les ouvertures de longs tubes en caoutchouc toujours irritants et toujours inutiles. Des tubes seulement assez longs pour aller de la peau vers la cavité malade seront bien préférables. Munis à leur extrémité externe d'un fil qui permet de les retrouver toujours, en s'arrêtant au ras de la peau ils ne seront plus comprimés par les pièces du pansement et resteront des moyens absolus d'évacuation.

Il est difficile d'avance d'annoncer quel temps les tubes doivent rester en place. La plupart des observations démontrent que ce temps est court : mais on le comprend, chaque chirurgien est chargé de veiller à l'indication qui survient. Toujours est-il que si après le deuxième pansement l'état local est bon, les drains devront être diminués mais non enlevés. Ils ne seront retirés qu'au bout de plusieurs jours, quand le liquide devenu louche aura beaucoup diminué, puis cessé. Persister davantage serait exposer à des fistules articulaires. Le nombre des tubes varie ; pas de règle fixe à cet égard, c'est au chirurgien d'apprécier selon les cas soumis à son observation.

Il va sans dire que le membre malade après avoir été placé dans un pansement de Lister large, très large et très complet, sera mis au repos dans une gouttière, mais on s'accorde généralement à repousser l'immobilité absolue, c'est-à-dire les appareils plâtrés ou autres tels qu'on les applique au début des arthrites aiguës pour amener l'apaisement des symptômes inflammatoires. Une simple gouttière suffit, et à chaque pansement on peut retirer le membre de l'appareil pour le panser, après l'avoir placé sur un coussin.

Que vient-on de produire en effet en ouvrant l'articulation ? On vient d'enlever la cause de l'inflammation ou ce qui l'entretient après avoir été produit par elle. Que se propose-t-on d'obtenir ? Le retour de l'articulation *ad integrum*, et l'immobilisation est assurément un des moyens de ne pas l'obtenir.

Les suites seront ordinairement simples ; mais pour ne pas être surpris il faudra surveiller avec soin la température. On a dit avec trop d'enthousiasme, que la fièvre traumatique n'existait pas avec le pansement antiseptique. C'est là une erreur : elle existe, mais elle est atténuée. Comme chez les autres opérés il y a une courbe ascendante et toute déviation brusque, toute ascension rapide sera suspectée d'être l'indice d'un accident ou d'une imperfection dans le pansement. On défera alors le pansement sous le nuage phéniqué et on inspectera la plaie ou l'articulation : un petit abcès péri-articulaire sera ouvert, un point de la suture sera enlevé ; les tubes seront visités et débarrassés des produits plastiques concrets qu'ils contiennent souvent.

Enfin, si le malade a heureusement franchi la période de réparation et a vu sans entrave se cicatriser sa plaie, il doit être sans tarder soumis aux mouvements passifs pour lesquels des règles très complètes ont été depuis longtemps tracées. Il est à remarquer toutefois qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la fermeture entière des derniers vestiges de la plaie, en particulier du trajet parcouru par les drains. Une indication pressante est là : restituer le mouvement. Maintenant que faire en présence de ces cas qui déjouent toutes les prévisions et font échouer toutes les espérances ? Certains sujets ont une tendance fatale à l'ankylose de leurs articulations malades : l'art est impuissant pour leur éviter cette infirmité.

(A suivre) D. P...

De la statistique

La science des chiffres est une belle chose, j'en conviens. J'accorde même volontiers, comme je l'entends répéter assez souvent, qu'il n'y a rien de plus *brutal qu'un chiffre*; seulement il n'est pas donné à tout le monde de comprendre la signification de cette brutalité.

Depuis 1870, les ravages intermittents que fait la variole, tantôt dans une localité, tantôt dans une autre, soit en France, soit à l'étranger, m'ont suggéré la pensée de faire de la statistique sur cette maladie. Bien mal m'en a pris. Cette étude m'a rendu tout à fait incrédule sur la vertu prophylactique de la vaccine. Ma confiance cependant avait résisté à d'autres assauts. Notamment à ce propos d'un professeur des plus distingués de l'école de Paris: « La vaccine aura été une des plus grandes mystifications du XIXe siècle. »

Cette brèche faite à mes croyances thérapeutiques, ne m'a pas converti. Je suis revenu à cette maudite statistique. Seulement, cette fois, je m'en prends à la phthisie, et c'est Paris qui m'en fournit les éléments.

En 1878, il est mort dans cette ville, d'après les bulletins publiés par le Journal de médecine cinquante mille personnes (je prends des nombres ronds); sur ces cinquante mille décès, la phthisie compte huit mille six cents victimes. Ce qui fait à peu près le cinquième, c'est-à-dire que sur *six* décès, on peut affirmer qu'il y en a *un* causé par la phthisie.

Continuant de laisser la parole aux chiffres, dans le premier trimestre de cette année 1878, la susdite maladie a tué plus *du sixième* de ceux qui sont morts; dans le second trimestre le nombre de ses victimes est entre le cinquième et le sixième; dans le troisième et le quatrième, le chiffre des décès phthisiques est plus près du cinquième que du sixième de la totalité des décès.

Concluons de là qu'en 1878, les saisons n'ont pas modifié la maladie, sous le rapport de sa terminaison par la mort.

Après cela si je me demande quelle instruction on peut retirer de ces calculs, je réponds franchement: Je n'en sais rien.

Je vois bien que la phthisie tue, ou peu s'en faut, le *cinquième* de ceux qui meurent à Paris; je vois également que les saisons ne modifient guère ce *nombre*; que le bourgeonnement des arbres, et la chute des feuilles n'agissent ni pour ni contre. Et après! je cherche en vain ce que gagne la thérapeutique.

Pour faire œuvre utile, il faudrait rechercher parmi ces trop nombreuses victimes, combien meurent de *faim lente*, combien à cause de leur séjour trop prolongé dans des locaux encombrés, mal aérés; combien, par manque de lumière; combien par excès de tout genre, combien, surtout dans les classes aisées, meurent parce que dans le tout jeune âge ils ont été alimenté trop tôt de soupes, bouillon gras, etc., au lieu de lait, ou bien encore sevrés trop tôt.

Dr GRANDCLÉMENT (d'Orgelet).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les assurances sur la vie. — Projets d'assnrance mutuelle entre médecins.

Il y a trois ans, la TRIBUNE MÉDICALE, reprenant une idée qui avait déjà germé dans plusieurs esprits, et jugeant qu'il était temps de passer de la conception à la pratique, proposa la fondation d'une société d'assurance mutuelle entre médecins, qui devait prendre le nom, parfaitement approprié à son but, de *La Prévoyance médicale*. Nous adhérâmes d'autant plus volontiers au principe de ce projet (V. GAZ. MÉD., année 1877, p. 252) que, dès 1870, nous nous étions préoccupé nous-même, avec quelques confrères, de rechercher les bases d'une semblable association qui, marquant un progrès considérable sur nos associations professionnelles actuellement existantes, permît d'établir et de rendre effectif dans la pratique le *droit* au secours.

L'année suivante (V. GAZ. MÉD., 1878, p. 13), nous sommes revenu sur cette question pour enregistrer les objections faites au projet de la TRIBUNE MÉDICALE par la GAZETTE MÉDICALE DE BORDEAUX, et la réponse du premier de ces deux journaux qui, par des chiffres, cherchait à démontrer mathématiquement la possibilité du fonctionnement régulier de l'œuvre qu'il proposait d'instituer. Depuis lors, la question n'a cessé de fixer l'attention du corps médical; elle a été, de la part de plusieurs organes de la presse, l'objet d'une étude sérieuse; elle a donné lieu, au sein de quelques sociétés médicales de province, à des discussions intéressantes; enfin elle est venue à l'ordre du jour de la dernière assemblée de l'Association générale des médecins de France. Il nous semble donc opportun de l'examiner à notre tour avec tout le soin qu'elle mérite.

Mais, avant de pénétrer dans le détail et la discussion des différentes propositions qui ont été émises, disons, ou plutôt répétons bien haut que le principe du *droit* au secours, qui les inspire toutes, et que nous avons affirmé ici même il y a dix ans (V. GAZ. MÉD., année 1870, p. 78), ne saurait subir aucune atteinte des difficultés de sa réalisation; il reste absolu, immuable; il doit éclairer et diriger tous les efforts; le projet qui devra recevoir l'assentiment unanime sera celui qui permettra de l'appliquer de la façon la plus large et la plus sûre. Le but vers lequel on tend étant ainsi nettement défini, voyons les moyens proposés pour l'atteindre.

On peut distinguer trois systèmes principaux dans les différents projets en présence :

1° Création d'une association d'assurance mutuelle entre médecins.

2° Intervention de l'Association générale des méde-

cins de France pour favoriser l'extension des assurances sur la vie parmi les médecins, obtenir pour eux, auprès de telle compagnie, des conditions avantageuses, enfin de venir en aide à ceux qui, à un moment donné, ne pourraient payer leur prime.

3° Création d'une association médicale ayant pour but de traiter au nom de ses membres avec la compagnie qui offrirait le plus d'avantages, et de constituer un fonds commun de réserve destiné à payer ou à parfaire les primes de ceux qui seraient accidentellement dans l'impossibilité de remplir cet engagement.

Nous examinerons successivement chacun de ces systèmes.

Le premier est venu tout naturellement à l'esprit de ceux qui, se préoccupant à la fois des intérêts moraux et des intérêts matériels de la profession, ont vu, dans une association d'assurance mutuelle, le moyen de sauvegarder les uns et les autres. D'un côté, en effet, l'union, la solidarité confraternelle recevait une nouvelle impulsion, et l'institution en projet paraissait plus qu'aucune autre propre à transformer ses adhérents en membres d'une véritable famille ; de l'autre, l'association professionnelle bénéficiant, au profit de chacun de ses membres, des avantages considérables que les compagnies d'assurances réalisent en faveur de leurs actionnaires, semblait devoir admettre une prime annuelle d'assurance inférieure à celle de ces différentes compagnies. En principe, ce système est, on le voit, des plus séduisants, c'est celui qu'a exposé la Tribune médicale, qui a eu dès l'abord toutes nos sympathies, et qui a rallié l'assentiment de bon nombre de confrères. Mais s'il y a loin de la coupe aux lèvres, il n'y a pas moins loin de la conception d'un semblable projet à son exécution.

La Tribune médicale et, après elle, quelques-uns des confrères qui ont adopté ses idées, ont posé des chiffres pour montrer que la solution pratique du problème est parfaitement possible. Malheureusement la démonstration vers laquelle tendaient tous ces calculs est loin d'être faite, parce qu'on n'a pas suffisamment tenu compte de toutes les inconnues du problème, c'est-à-dire de toutes les éventualités qui pèsent sur notre profession, plus encore que sur toute autre. Aussi les différentes objections qui ont été adressées au système restent debout ; il n'est pas inutile, croyons-nous, de les rappeler.

La Gazette médicale de Bordeaux, dans l'article mentionné plus haut, invoquait, à l'encontre du projet de la Tribune médicale, trois ordres principaux d'arguments :

« 1° Le petit nombre des assurés dans une association professionnelle et la difficulté de constituer ainsi un capital social suffisant pour la marche de l'œuvre ;

« 2° La léthalité particulière des médecins, supérieure à celle de la plupart des autres professions ;

« 3° La nécessité qu'entraînerait cette léthalité d'élever le montant des primes, et, d'autre part, l'impossibilité dans une association professionnelle de faire fructifier le capital social par des placements aussi avantageux que ceux des grandes compagnies. »

Ces objections nous paraissent très-fondées, et l'on nous permettra de les appuyer de quelques considérations.

Dans les calculs présentés par les partisans d'une société d'assurance mutuelle entre médecins, on prend toujours pour base le nombre de mille adhérents, nombre que l'on considère comme un minimum, eu égard aux quinze mille médecins que l'on compte et France. Nous croyons au contraire que ce chiffre, nécessaire, d'après les auteurs eux-mêmes, à la création et au fonctionnement de l'œuvre, serait difficilement atteint. Il faut tenir compte, en effet, des divers éléments dont se composent les quinze mille médecins plus ou moins exactement relevés en France. Les uns ont dépassé l'âge auquel on peut trouver profit à contracter une assurance sur la vie ; d'autres, au début de la carrière et aux prises avec les difficultés d'une installation récente, ne peuvent prélever sur leur budget le payement d'une prime annuelle ; pour beaucoup, ces difficultés persistent longtemps, toujours même, et pour ces déshérités de la profession, la faible cotisation de l'Association générale constitue tout ce qu'ils peuvent soustraire aux exigences de première nécessité pour acquérir des droits à l'assistance confraternelle ; à côté d'eux, enfin, il faut mentionner ceux, beaucoup plus rares, à qui la fortune a souri et qui n'ont ainsi aucun intérêt à entrer dans une association d'assurance. C'est donc parmi les médecins d'un âge moyen et d'une aisance relative due surtout à une clientèle suffisamment rémunératrice, que devront se recruter les futurs membres de cette association ; mais encore, dans cette catégorie, déjà limitée, il faut tenir compte des indifférents, toujours fort nombreux, et de ceux qui, plus prudents, ont déjà traité avec une compagnie d'assurances. Par ces éliminations successives, on arrive à un chiffre restreint de confrères disposés à entrer de suite dans la nouvelle association et il est à craindre que ce chiffre n'atteigne pas celui que nos confrères ont pris pour base de tous leurs calculs. S'il en est ainsi, les espérances que ces calculs permettraient de concevoir tombent d'elles-mêmes, car le *nerf de la guerre*, c'est-à-dire un capital suffisant pour la marche immédiate de l'œuvre, ne peut être réalisé.

Mais admettons que le nombre supposé et nécessaire d'adhérents soit atteint : l'association ainsi constituée peut-elle à la fois faire à ses membres des conditions meilleures que les compagnies d'assurance et répondre d'avance à toutes les éventualités ? Les calculs de nos confrères sont loin d'en donner la démonstration. Les circonstances qui favorisent et assurent l'essor de la plupart des compagnies manquent, en effet, à l'association en projet : il est facile de s'en rendre compte sans avoir besoin de recourir à l'appui abstrait et aride des chiffres.

Les compagnies dont il s'agit ont à leur début, et avant de passer le premier traité d'assurance, un capital par actions, fonds de réserve ou de garantie, qui

s'accroît ensuite chaque année des réserves prélevées sur les bénéfices réalisés. Outre l'extension des actes de la compagnie et la différence entre les primes reçues et les sommes, rentes ou capitaux, payées aux assurés, ces bénéfices ont deux sources : en premier lieu, le placement, dans des conditions avantageuses, du capital ou fonds social ; ensuite les primes qui, en partie ou en totalité, restent acquises à la compagnie lorsque, dans telles conditions statutaires, l'assuré n'a pas rempli les clauses du contrat. Il faut ajouter que, par l'examen médical préalable de l'état de santé de chaque assuré, les compagnies diminuent leurs risques d'un payement prématuré du capital porté sur le contrat d'assurance.

Dans une association d'assurance mutuelle entre gens de la même profession, comme celle qui est proposée entre médecins par nos confrères, le capital social initial n'existe pas, et le fonds de réserve ne se constitue et ne s'accroît que fort lentement par le boni de chaque année. Or, ce boni ou ces bénéfices annuels sont nécessairement limités, et les deux sources d'accroissement que nous venons d'indiquer pour le fonds social des compagnies fait défaut. D'un côté, en effet, une association mutuelle ne peut faire fructifier ses capitaux comme une socité anonyme; d'un autre côté, étant une œuvre de solidarité confraternelle, non de spéculation, elle ne saurait tirer profit des difficultés ou embarras pécuniaires de ses sociétaires. Enfin le but même qu'elle poursuit lui interdit l'examen médical préalable de l'assuré pratiqué par les compagnies, ce qui augmente considérablement ses propres risques. Que si l'on cherchait, comme on l'a proposé, à compenser ces risques par un stage préalable de deux années pendant lesquelles, en cas de décès, l'assuré ou ses ayants-droit seraient privés du bénéfice de l'assurance, on compromettrait évidemment dès le principe le succès de l'œuvre. Dès que le contrat est signé, dès qu'il a payé la première prime, l'assuré tient avec raison à bénéficier, le cas échéant, des avantages que le contrat lui confère, et la plupart, au lieu d'accepter le stage en question, s'adresseraient à une compagnie où charges et avantages marchent immédiatement de front.

On voit, par ce court aperçu, que l'association d'assurance mutuelle est dans des conditions d'infériorité relativement aux compagnies d'assurance. Mais il est une circonstance qui rend l'inégalité encore bien plus grande au profit de ces compagnies, nous voulons parler du coefficient de mortalité propre à la profession médicale. Une société d'assurance voit son capital s'accroître d'autant plus rapidement que les mêmes primes sont payées plus longtemps, c'est-à-dire que la longévité des assurés est plus grande. Dans une compagnie où toutes les professions se donnent rendez-vous, le faible coefficient de mortalité que présentent les unes compense le coefficient élevé des autres. Dans une association professiounelle, pareille compensation n'a pas lieu, et si la léthalité qui frappe la profession est considérable, l'association ne peut racheter ces désavantages, qu'en exigeant de plus grands sacrifices de la part de ses sociétaires. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les chances de mort auxquelles est sans cesse exposé le médecin et le rang inférieur occupé par la profession médicale au point de vue de la longévité. Les calamités publiques pèsent inégalement sur la plupart des professions, et ici encore, pour les compagnies d'assurances, une certaine compensation peut s'établir. Mais survienne une épidémie meurtrière : la profession médicale est toujours la plus exposée, la plus cruellement atteinte, et cela sans compensation aucune pour l'association mutuelle ; celle-ci, déjà dépourvue d'un fonds de garantie ou de réserve, pourrait-elle résister à une semblable épreuve ?

Nous nous sommes abstenu à dessein d'avancer le plus petit chiffre ; nous croyons que les considérations générales qui précèdent ont plus de valeur que des calculs hypothétiques dont le moindre accident imprévu détruit l'échafaudage, quelque habilement qu'il ait été construit. Et nous concluons qu'une association d'assurance mutuelle entre médecins ne nous semble pas présenter des chances suffisante de réussite et de prospérité. Mais ce n'est pas une raison pour renoncer à l'idée qui a inspiré le projet de la TRIBUNE MÉDICALE ; il reste à voir si elle n'est pas réalisable d'une autre façon ; ceci nous conduit à examiner les deux autres systèmes.

Les assurances sur la vie constituant une mesure de prévoyance qu'on ne saurait trop recommander et trop faciliter aux médecins, et, d'un autre côté, le succès d'une association d'assurance mutuelle entre médecins paraissant plus que problématique, un honorable confrère de Bordeaux, M. Lande, s'est demandé si l'Association générale des médecins de France ne pourrait pas intervenir efficacement pour lever les principales difficultés ; il a, en conséquence, soumis au Conseil général une proposition d'après laquelle tout sociétaire, momentanément empêché de verser sa prime annuelle à la compagnie qui l'aurait assuré, pourrait recourir à la caisse générale de l'Association ou à la caisse de sa société locale, pour obtenir l'avance de cette prime, qu'il rembourserait plus tard. Nos lecteurs savent déjà que cette proposition a été écartée par l'ordre du jour. On nous semble s'être un peu hâté de la juger et elle mérite d'être plus longuement examinée.

M. Brun, chargé du rapport, nous paraît avoir parfaitement compris et exposé la question. La caisse générale de l'Association, n'ayant de rapport qu'avec les sociétés locales, c'est-à-dire avec les collectivités, non avec les individus, ne saurait répondre au vœu de M. Lande sans que les statuts de l'Association ne fussent profondément modifiés, ce qui soulèverait de grandes difficultés, et même de graves inconvénients. Mais, ainsi que le fait remarquer l'honorable trésorier, « ce que l'Association générale ne peut faire, une société locale peut se le permettre ; c'est une forme de secours qui n'est pas en opposition avec les statuts et les règlements. » Conséquent avec ces principes, M. Brun a proposé une résolution d'après laquelle les

sociétés locales seraient autorisées à faire l'avance d'une prime annuelle à tout sociétaire empêché momentanément de faire son versement aux caisses de l'État ou des compagnies particulières avec lesquelles il aurait souscrit une assurance sur la vie.

Cette résolution a été combattue par M. Guerrier, conseil de l'Association, et nous avouons ne pas bien comprendre pourquoi, suivant la propre expression de l'honorable avocat, « il y aurait un grand danger pour les sociétés locales de prêter aux sociétaires; » pourquoi encore, toujours d'après lui, « on peut donner des secours à un sociétaire et non lui faire un prêt. » Nous croyons, au contraire, qu'au point de vue des intérêts moraux de la profession, il vaut mieux faire des prêts que de donner des secours, et que, même au point de vue des intérêts matériels, les sociétés locales doivent tendre à substituer de plus en plus les premiers aux seconds. Certes il est possible qu'on puise plus souvent à la caisse sociale à titre d'emprunt qu'à titre de demande de secours; il est possible encore qu'un certain nombre de prêts ne soient pas remboursés et ne deviennent ainsi des secours déguisés. Mais de deux choses l'une, ou le sociétaire emprunteur se trouvera en mesure de se libérer, et il aura certainement l'amour-propre de le faire dès que cela lui sera possible; ou il ne le pourra pas, et dans ce cas, tôt ou tard, il aurait demandé et obtenu en secours l'équivalent du prêt non remboursé. Par contre, en favorisant les assurances sur la vie par l'aide qu'elles prêteraient, le cas échéant, aux sociétaires ayant contracté une telle assurance, les sociétés locales verraient peu à peu diminuer le nombre des sociétaires, femmes ou enfants de sociétaires, auxquels elles sont obligées de donner annuellement des secours, et la caisse sociale bénéficierait naturellement de cette diminution.

Puisque leurs statuts le leur permettent, les sociétés locales feraient donc sagement de s'engager dans cette voie. L'Association générale n'a rien à y perdre; elle a, au contraire, tout à gagner, car il est permis d'entrevoir, comme conséquence de ce nouvel état de choses, un accroissement dans le nombre de ses adhérents, une diminution dans le nombre de ses pensionnaires, une augmentation corrélative du taux des pensions viagères. Nous ne pouvons qu'indiquer ici les points principaux de la question et exprimer le vœu que chaque société locale la soumette à une étude approfondie. Il est permis d'espérer que la solution sera favorable à la thèse que nous défendons. Dans le cas contraire, il y aura lieu de voir si, en dehors de l'Association générale, il n'est pas possible de créer entre médecins un fonds commun de réserve destiné à payer ou à parfaire les primes de ceux qui momentanément ne pourraient remplir les engagements de leur contrat d'assurance; c'est le troisième système que nous avons à examiner.

Ce système présente deux combinaisons principales.

Dans la première, l'association nouvellement créée fait choix d'une compagnie d'assurances avec laquelle chacun de ses membres devra traiter. Elle en obtient en retour des avantages particuliers qui contribuent à alimenter ou accroître le fonds social et à exonérer d'autant la part contributive de chaque sociétaire. C'est cette combinaison que préconise le CONCOURS MÉDICAL. Les adhérents de ce journal pourraient même, paraît-il, sans bourse délier, assister à la *création d'une caisse de prévoyance* ayant la destination dont il s'agit, par les seuls versements que feraient à cette caisse, la compagnie adoptée, chaque fois qu'un adhérent du CONCOURS passerait avec cette compagnie un contrat d'assurance. Certes ce sont là des avantages qui méritent d'être pris en sérieuse considération; mais quand on ne reste pas circonscrit dans une petite église et qu'on envisage la question de haut, on voit que ces avantages sont compensés par des inconvénients non moins dignes d'attention.

Ainsi, tout d'abord, le choix d'une compagnie, à l'exclusion de toutes les autres, est chose des plus délicates et engage fortement la responsabilité de celui ou de ceux qui ont mission de traiter dans l'intérêt commun. Si la compagnie choisie voit constamment s'accroître sa prospérité, tout sera pour le mieux; mais qu'elle vienne à péricliter, et elle entraîne dans sa chute l'association tout entière. En laissant à chacun la liberté de s'assurer à telle compagnie, et en multipliant ainsi le nombre des compagnies avec lesquelles l'association devra entrer en relation, on évite un semblable danger.

En second lieu, la combinaison dont il s'agit laisse en dehors de l'association les médecins qui ont déjà traité avec des compagnies autres que celle dont on a fait choix, ou exige de leur part une mutation qui nous semble d'une exécution peu facile et sans doute assez onéreuse. Une œuvre confraternelle bien comprise doit faire les mêmes avantages aux anciens et aux nouveaux venus.

C'est en nous inspirant de ce principe que nous préférons la combinaison par laquelle des médecins, libres de s'assurer à telle compagnie qu'ils croiront la meilleure, formeront, par une cotisation annuelle qu'il restera à déterminer, et alimenteront la caisse commune de prévoyance, le fonds social. Que l'un d'eux vienne à se trouver dans l'impossibilité de payer une prime : la caisse commune lui avance les fonds, qu'il remboursera en des temps plus heureux. Admettons que ces temps n'arrivent pas et que le médecin en question soit dans l'impossibilité de s'acquitter envers la caisse commune : le conseil d'administration de l'œuvre examine la question de savoir ce qu'il y a plus avantageux, ou de suspendre l'exécution du contrat du sociétaire et de faire réduire par la compagnie la somme assurée proportionnellement aux primes versées, ou de poursuivre, pour le compte de l'association, sauf règlement ultérieur avec l'assuré, l'exécution du contrat en payant annuellement les primes sur le fonds commun. Nous n'insistons pas davantage; nous ne faisons que toucher aux points généraux, renvoyant à plus tard, si l'occasion se présente, les questions de détail.

Pour résumer en quelques propositions les dévelop-

pements que nous avons consacrés à cette étude, et pour conclure, nous dirons :

Une association d'assurance mutuelle entre médecins est d'une création difficile, et les avantages matériels qu'il est permis d'en espérer sont plus que douteux.

La fondation d'une caisse commune de prévoyance entre médecins déjà assurés ou sur le point de s'assurer à une compagnie quelconque présente de moins grandes difficultés et offre pour l'avenir de plus sûres garanties.

Au double point de vue de la facilité d'exécution d'un tel projet et de l'extension de cet esprit d'union et de solidarité confraternelles auquel on doit déjà l'Association générale des médecins de France, il est à souhaiter, les statuts le leur permettant, que les sociétés locales, avec leur fonds de réserve constituent elles-mêmes cette caisse de prévoyance, destinée à venir en aide à ceux des sociétaires qui ne pourraient accidentellement payer leur prime d'assurance.

Dr F. de Ranse.

M. le docteur de Ranse a bien exposé les divers motifs qui font obstacle à l'Assurance mutuelle professionnelle et spécialement l'élévation des frais d'administration, le petit nombre des assurances qui pourraient être réalisées et l'uniformité des causes de la mortalité.

Il dit de même avec raison, qu'il n'est pas possible de supprimer la *formalité de l'examen médical,* base de l'assurance.

Mais son exposé contient une indication qui n'est pas suffisamment exacte.

« *Les Compagnies d'assurance ont, au dé-* « *but, un capital actions, fonds de réserve ou* « *de garantie, qui s'accroît ensuite chaque* « *année des réserves prélevées sur les bénéfices* « *réalisés.* »

« *Dans une association d'assurance mu-* « *tuelle, etc., le capital initial n'existe pas et* « *le fonds de réserve ne se constitue et ne s'ac-* « *croît que fort lentement par le boni de cha-* « *que année.* »

Cela n'est pas exact. La réserve ne se forme pas à l'aide de prélèvements sur les *bénéfices,* mais à l'aide de prélèvements faits sur les *primes* d'assurance, payées, chaque année, par les assurés. Ces primes sont destinées à payer: 1° la somme nécessaire chaque année, pour former le capital qui, placé à intérêt, doit servir à payer la somme assurée, à l'échéance du contrat : c'est *la réserve ;* 2° la quote-part afférente à chaque assurance dans les sinistres de l'année; 3° la quote-part des frais généraux. Ces trois sommes prélevées, le reste, ou excédent, constitue ce que l'on appelle improprement boni ou bénéfice; c'est cet excédent que l'on répartit entre les *actionnaires et les assurés* dans les Compagnies par actions et de diverses manières, et qui appartient en *totalité* aux assurés, dans les Compagnies mutuelles. On peut, il est vrai, en conserver une fraction, pour augmenter la réserve, ou pour constituer une réserve supplémentaire, destinée à assurer la régularité des répartitions d'excédents; mais cette partie serait absolument insuffisante pour payer les capitaux à échéance.

M. de Ranse dit encore :

« *Qu'une association mutuelle ne peut faire* « *fructifier ses capitaux comme une société* « *anonyme.* » Nous ne pouvons pas comprendre ce passage. Du moment qu'une administration est constituée, qu'elle soit mutuelle ou non, elle a un conseil et des directeurs qui font valoir l'actif, et il n'y a pas de raison pour que cet actif ne soit pas aussi habilement administré par les uns que par les autres.

Quant à la caisse de prévoyance et le choix d'une compagnie, M. le docteur de Ranse conclut à la liberté des médecins, de choisir à leur gré la Compagnie d'assurances qui leur paraîtra offrir le plus d'avantages et de sécurité et il vaut mieux, à son avis, qu'il en soit ainsi pour éviter un sinistre général aux membres de l'association, dans le cas où les affaires de la Compagnie unique choisie viendraient à péricliter.

Cet argument est plus spécieux que sérieux, mais c'est justement pour cette raison que nous avons ouvert, depuis plusieurs mois la discussion sur la Compagnie à adopter. L'objection relative au mode d'organisation de la caisse de prévoyance est plus sérieuse. Il est certain que les adhérents assurés, d'après le plan adopté, pourront seuls recourir aux fonds de cette caisse; les adhérents, assurés à d'autres compagnies, n'ayant pas coopéré à la formation de la caisse. Mais, d'une part, ceux-ci peuvent, comme l'indique M. le docteur de Ranse, transporter leur assurance dans la nouvelle Compagnie, s'ils le jngent à propos, et d'autre part, pourquoi ne les admettrait-on pas à bénéficier de l'organisation de cette caisse, sous la seule condition d'y verser une somme à déterminer proportionnellement au montant de leur prime et à l'échéance plus ou moins rapprochée de leur contrat. Ce serait un élément d'accroissement social.

Pour nous résumer :

1° Le projet du *Concours Médical* n'exclut personne puisque la qualité d'abonné, à défaut de celle d'adhérent, permet d'être admis à participer aux avantages de la constitution de la *caisse de prévoyance;* le nombre des fidèles de notre *petite église,* s'accroit chaque jour; nous en avons rendu l'accès bien facile à tout confrère animé de l'esprit d'initiative et des idées de solidarité active qui nous ont fait ce que nous sommes déjà.

2° Dans la modification proposée par M. de Ranse, les confrères assurés à diverses Compagnies, auraient à verser une somme importante pour constituer leur caisse de prévoyance; tandis que celle du *Concours* se constitue par leur simple accession à l'assurance de la Compagnie qui sera choisie.

3° Au sujet des prêts des Sociétés locales, nous avouons, sauf plus ample informé, être assez de l'avis de Me Guerrier; les Sociétés locales doivent donner des secours et non faire des prêts. Nous savons que leurs ressources ne peuvent être que restreintes vu la modicité de la cotisation annuelle et en raison de leurs charges annuelles. Elles doivent être prêtes, avant tout, à porter se-

cours à une misère urgente et in opinée. Quelle sera leur situation, dans une circonstance semblable, si elles se trouvent démunies par les prêts consentis? Ces prêts d'un autre côté ne peuvent se faire qu'aux confrères qui, par le fait même d'une assurance en cours, ne peuvent être considérés comme étant dans une grande gêne. Ce n'est pas ceux-ci que peut avoir d'abord en vue une association de secours mutuels.

4o Les adhérents du *Concours*, membres de l'association générale, si les Sociétés locales consentaient des prêts, auraient alors deux recours : leurs sociétés et la caisse de prévoyance des assurés du *Concours*.

5o La situation des Confrères déjà assurés à d'autres Compagnies nous touche moins. Ils ont eu la faculté et la prévoyance de protéger leurs familles et eux-mêmes. Ils auront à voir s'ils ont intérêt à réaliser leur assurance et en contracter une nouvelle.

6o En dernier lieu, la direction du *Concours*, croit pouvoir ajouter qu'elle acceptera pour bien des raisons, sa part de responsabilité dans le choix d'une Compagnie unique; elle aura pris ses renseignements, elle aura donné, aux objections, le temps de se produire; les contractants sont d'ailleurs des hommes éclairés, en état de prendre une détermination par eux-mêmes ; ils ne jugeront de la solidité d'une Compagnie que par son passé et ses actes, ses ressources actuelles, le nombre de ses assurés, etc... Hypothèses, allégations, assimilations sont injustes, quand elles ne s'appuyent pas sur des articulations nettement établies. Elles pourraient s'adresser, avec la même injustice aux Compagnies d'assurances sur la vie les plus réputées, que nous voyons depuis de longues années fonctionner sous nos yeux.

Dire « si telle chose arrivai, » n'est pas une objection suffisante pour annuler les avantages du choix que nous avons en vue. Nous ajoutons, pour dernier argument, que nos confrères viendront à l'assurance, ce grand bien aux conditions que nous avons exposées, tandis qu'ils n'auraient pu s'y déterminer en vue des conditions que peuvent leur offrir les Compagnies que nous connaissons tous.

En somme, notre très-honoré confrère, M. de Ranse, paraît être plutôt sympathique qu'hostile au projet du *Concours Médical*. Nous en sommes heureux.

Le Directeur, A. Cézily.

Nous sommes heureux de signaler les noms des adhérents du *Concours médical* qui viennent d'obtenir des récompenses de l'Académie dans sa séance solennelle :

Dr Bousseau, à Chollet, Maine-et-Loire, médaille d'argent.

Dr Picard, à Selles-sur-Cher, Loir-et-Cher, rappel de médaille d'argent.

Dr Lacourtiade à Blaye, Gironde, médaille d'argent, pour sa relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Eyrans, Gironde.

Dr Durand, à Marseillan, médaille d'argent pour sa relation d'une épidémie de scarlatine.

Dr Dardignao, médecin aide-major au 143e de ligne, à Toulouse, médaille d'or.

— *L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro la suite de l'article Ophthalmologie.*

Liste des médecins consultants aux divers stations thermales.

Dr Chabory, au Mont-Dore, Puy-de-Dôme.

Dr Moinet, à Cauterets, Hautes-Pyrénées.

Dr Cambassèdes, inspecteur à Cauvalat (sulfurées sodiques) près le Vigan, Gard.

Dr Breton, au Mont-Dore.

Dr Noir, de Brioude, consultant à la Bourboule.

Dr Evrard d'Orsennes, à la Bourboule.

Dr Dubourcau, à Cauterets.

Dr Grelletty, à Vichy, Allier.

Dr Barry, villa Murat, à Royat, Puy-de-Dôme.

Dr Greuell, directeur de l'établissement hydrothérapique à Gérardmer, Vosges.

Dr Dumas-Aubergier, médecin inspecteur à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.

Dr Fraiche, médecin consultant à Aulus, Ariége.

Dr Debout d'Estrée, médecin inspecteur à Contrexéville, Vosges.

Dr Bibart, médecin consultant à Enghien, Seine-et-Oise.

Dr Souligoux, médecin consultant à Vichy, Allier.

Dr Bertrand, inspecteur à Sail-sous-Couzan, Loire.

Dr Lambron, à Luchon, Haute-Garonne.

Dr Bougard, à Bourbonne-les-Bains, Haute-Marne.

Dr Décujis, directeur de l'établissement hydrothérapique à Bessé-sur-Yssole, Var.

Dr Salmon, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.

Dr Poché, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.

Dr Odin, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains, Nièvre.

Dr Joubert, médecin inspecteur à Géroulx, Basses-Alpes.

Dr Cazenave de la Roche aux Eaux-Bonnes, Basses-Pyrénées.

Dr Bordères, médecin consultant à Siradan, Hautes-Pyrénées.

Dr Amédée Tardieu, médecin consultant au Mont-Dore, Puy-de-Dôme.

Dr Frédéric Morin, médecin consultant, à la Bourboule, Puy-de-Dôme.

Dr Badoz, médecin consultant à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.

Luc, Langrune, St-Aubin, Bernières, Courseulles, Lion, 38 et 28 fr.

Bayeux, Arromanches, Port-en-Bessin, Asnelles, 40 et 30 fr.

Coutances, Agon, Coutainville, 57 et 44 fr.

Isigny, Grand-Camp, Sainte-Marie-du-Mont, 44 et 33 fr.

Valognes, Port-Bail, Carteret, Quinéville, Saint-Vaast, Granville, St-Pair, Donville, 50 et 38 fr.

Cherbourg, 55 et 42 fr.

St-Malo-St-Servan, Dinard-St-Enogat, St-Briac, Paramé, 66 et 50 fr.

Le Tréport, par Serqueux et Abancourt, 33 fr. 20 c.

Eaux thermales. — Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), ligne de Dieppe par Gournay, 21 fr. 45 et 16 fr. 05 c.

Bagnoles-de-l'Orne, par Briouze et la Ferté-Macé, 47 et 36 fr.

Chemins de fer de l'Est. — *Voyage circulaire en Suisse et dnas le Grand-Duché de Bade.* — Les touristes qui désirent visiter une partie de la Suisse et du Grand-Duché de Bade, trouveront, à la gare des Chemins de fer de l'Est, au bureau central, rue Basse-du-Rempart, 50, et à l'agence des chemins de fer anglais, boulevard des Italiens, 4, des billets à prix réduits, valables pendant un mois, avec arrêt facultatif:

En France et en Suisse : dans toutes les villes du parcours, en déposant son billet aux gares;

Dans le Grand-Duché de Bade : dans les principales ville du parcours désignées sur les billets;

En Alsace : à Strasbourg.

Cet attrayant voyage peut s'effectuer en première classe pour 76 fr. 65, et en seconde classe pour 132 f., en partant par la ligne de Paris à Belfort et à Bâle (*via Mulhouse ou Delle)*, et en revenant par celle de Strasbourg à Nancy et à Paris, ou bien dans le sens inverse.

CORRESPONDANCE

— Dr G., à B. (Haute-Savoie), 19 juillet.

Par exception, nous vous avons envoyé du vaccin. Nos confrères doivent le réclamer à « *la Société d'Hygiène 30, Rue du Dragon, Paris.* »

— Dr A., N° 5 (Haute-Loire), 16 juillet.

Vous dites : « *Je me suis adressé à l'agent local du Phénix; il a écrit au directeur, qui lui a répondu négativement au sujet d'un accord avec la direction du Concours Médical, j'écris directement à M. Carmier, chef du bureau de Paris de la Compagnie le Phénix, 33, rue Lafayette.* » Si vous lisiez avec attention la quatrième page, vous vous seriez évité la première déception, puisque nous avons répété souvent que les agents de province ne connaissaient pas et ne devaient pas connaître les termes de notre convention spéciale. Vous avez dû, il y a plusieurs jours, recevoir réponse favorable de M. Carmier.

Vous ajoutez : « *L'œuvre que vous avez entreprise est grande et sera féconde. Je cherche toujours des adhérents, ne pourriez-vous en publier une liste, que vous adresseriez à chacun de nous.* »

Nous avons déjà dit que le conseil voyait des inconvénients à la publication de la liste générale. Les listes départementales seraient préférables; mais il faudrait les tirer à un tel nombre d'exemplaires, que, pour le moment, la chose est trop coûteuse.

— Dr. S. B. de S. (Ariège), 20 juillet.

Dès aujourd'hui vous êtes inscrit membre participant. Tout abonné qui, comme vous, partage nos idées, a le droit de demander son inscription.

— Dr W., 982 (Vosges).

Non, vous n'avez pas le droit de fournir des médicaments à vos clients résidant dans les communes d'un département limitrophe du vôtre, dès l'instant qu'un pharmacien se trouve dans votre résidence. Recourez au bureau de la société locale, pour réprimer les abus dont vous souffrez. Nous verrons ces jours-ci à vous faire adresser une réponse par le directeur des assurances générales. Envoyez votre travail, s'il renferme des indications véritablement neuves.

— Dr R., à C. (Belgique), 21 juillet.

Votre intéressant ouvrage a dû rendre des services. Vous savez mieux que nous ce que vous pouvez faire pour le *Concours, médical.* Vos envois seront bien accueillis.

— Dr L., à P. (Vienne), 21 juillet.

Nous vous inscrivons et voulons compter sur votre appui auprès de vos amis.

— Dr R., à T. (Charente-Inférieure), 21 juillet.

« *Je n'aurais pas attendu plus longtemps pour adhérer à votre si utile* « Concours. » *Mais je dois rendre justice à l'empressement du docteur P. de T. à recruter des adhérents. Ses sollicitations ont vaincu mes retards, qui n'avaient pas d'excuse, puisqu'en principe j'étais depuis longtemps des vôtres.* » Nous vous inscrivons et vous prions de remercier notre confrère. Prière d'adresser directement vos demandes à la maison Adrian, et à M. Carmier, directeur du bureau de Paris au Phénix. Notre intermédiaire est superflu. L'énonciation de votre qualité de membre du *Concours* est suffisante.

— Dr O., à A. (Alpes-Maritimes).

Oui, il en sera comme vous le désirez. On n'avait pas pris note. Vous êtes participant dès ce jour.

— Dr B., 172, à R., 22 juillet.

La réimpression est faite. Merci du renseignement sur St-A. La question de l'agenda-annuaire a déjà été examiuée et sera resolue. Les traités conclus empêcheraient de varier selon les saisons. Ce n'est pas ainsi que nous comprenons les syndicats. A notre avis, leur rôle essentiel consiste dans les rapports des médecins d'une région avec les sociétés, administrations, etc., Nous avons toujours rejeté ce qui en ferait des conseils de discipline, limitatifs de notre indépendance. Les tarifs doivent être des éléments à consulter et non une obligation et doivent varier avec les régions. Inscrit le confrère.

— Dr M., à C., 22 juillet.

On insérera. Vos bandes du journal ont servi à une réclamation. L'administration trouve tout simple de faire la faveur de son exactitude aux journaux politiques. Pourquoi? Nous payons pourtant 100 fr. d'affranchissement par semaine et avons droit à être satisfaits.

— Dr A. A.-B. (Puy-de-Dôme), 22 juillet.

Insérer votre communication, serait violer l'article de notre programme qui nous interdit toute annonce dans le corps du journal. L'action que vous réclamez se produit et se produira de plus en plus. Les réunions auront lieu. Les abus que vous signalez sont on ne peut plus regrettables. Nous n'avons pas assez de place pour le geure de communications que vous signalez. Mais essayez; nous nous réservons de juger à la lecture, si cela convient à notre cadre.

— Dr P., à P. L.-M., 23 juillet.

On a pris note des envois à faire. Il eût été préférable d'adresser directement vos deux polices au Phénix. Nous supposons qu'on vous les renverra, car l'échéance est trop éloignée pour en faire la reprise en ce moment. Vous y songerez à l'époque convenable.

— Dr L., à B. (Aube), 23 juillet.

Nous réglerons cette affaire quand vous viendrez à Paris. C'est un fait de l'administration. Vous êtes inscrit. Rien jusqu'ici de sérienx, pour la réalisation du désir que nous ne perdons pas de vue; insuffisant, ou trop éloigné. Votre observation sera la bienvenue.

— Dr D., 338 (Charente-Inférieure), 25 juillet.

« *J'ai été pleinement satisfait de la réponse qui m'a été faite aux objections que je vous avais présentées au sujet de la New-York. Je vous remercie du zèle que vous mettez à élucider cette question. Je suis convaincu, maintenant, que la Compagnie proposée est celle que nous devons choisir, etc...* »

Un simple mot d'adhésion suffira, pour les confrères que vous avez en vue.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 32 — 7 aout 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Bergerona présenté à l'Académie de mé-ecine, au nom de M. le docteur Gerlier, une rochure intitulée : *Une épidémie tricophy-ique* à Ferney-Voltaire (Ain). D'après le écit fait par M. le docteur Gerlier, cette épi-émie aurait eu pour point de départ la conta-ion de cas d'herpès, de sycosis et de teigne nsurante opérée par la rasure ou la coupe es cheveux dans la boutique d'un barbier de erney.

M. Gerlier ayant signalé à l'autorité la use originaire de l'épidémie et conseillé des esures prophylactiques, le barbier, furieux voir diminuer sa clientèle, afficha sur la ace publique un placard qui traitait M. Ger-er de calomniateur. A l'étonnement général, commissaire de police veilla au maintien ce placard, avec l'assentiment du maire.

Ainsi, dit M. Bergeron, voilà un médecin i, pour avoir fait son devoir et tenté d'ar-ter les progrès d'une épidémie de teigne, vient la victime de la rancune du barbier, au-ur et propagateur de l'épidémie, et cela avec connivence d'un Conseil municipal, d'un aire et d'un commissaire de police se posant si en conservateurs.. de la teigne.

M. Larrey demande que l'Académie donne approbation expresse à la conduite de M. le docteur Gerlier. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Et dire que ce fait s'est passé, dans un pays qui porte le nom de Voltaire !

M. Hardy présente, au nom de M. le doc-teur Mathieu, d'Estissac (Aube), une série de petits instruments destinés à recueillir les vi-brations sonores et à les transmettre à l'oreille des sourds par l'intermédiaire des dents et des os du crâne.

Ces instruments sont constitués par des mor-ceaux de carton repliés sur eux-mêmes; ils ont la forme de cigares ou de fleurs que le sourd tient entre ses dents pendant qu'on lui parle. C'est la réalisation pratique de l'expé-rience de M. Colladon (de Genève), qui, le pre-mier, a tenté de faire entendre les sourds en leur mettant entre les dents une plaque de carton de 30 centimètres, ce qui était par trop incommode. Mais pour que ces instruments produisent leurs effets utiles; il ne faut pas que la surdité soit causée par la destruction du conduit auditif, mais seulement par quelque affection de l'oreille moyenne, n'ayant pas in-téressé la sensibilité du nerf acoustique. Du reste, M. Hardy se borne à transmettre les résultats indiqués par M. Mathieu, n'ayant pu les contrôler lui-même.

M. Léon le Fort a rappelé que Nélaton, son maître, se servait pour se faire entendre des sourds, d'un petit appareil très-simple : c'était

un bâton, une canne, dont une extrémité, terminée en crosse, était appliquée sur le larynx de la personne qui parlait, tandis que le sourd tenait entre ses dents l'autre extrémité.

M. Larrey rappelle alors des expériences analogues faites à la Société de chirurgie, à l'aide d'un instrument consistant en une tige de bois légèrement échancrée à l'une de ses extrémités appliquée sur le larynx de la personne qui parlait, tandis que la personne atteinte de surdité tenait l'autre bout serré entre ses dents. M. Larrey se rappelle avoir été témoin, en 1832 ou 1833, à l'hôpital des Invalides, dans le service de son père, du fait singulier suivant : Des invalides sourds, atteints de plaies du crâne, ont entendu pendant qu'on les pansait, la conversation des personnes qui les entouraient.

— M. Richet dit qu'il connaît à Paris un sourd qui parvient à entendre à l'aide d'un petit bâton, dit bâton chinois, dont une extrémité terminée en une espèce de bouche est appliquée sur le larynx de la personne qui parle, tandis que lui-même tient entre les dents l'autre extrémité du bâton.

— M. Toussaint, à propos du virus charbonneux, avait communiqué à l'Académie une note sur certains animaux qui, par un procédé spécial, étaient réfractaires au virus.

L'Académie avait manifesté une certaine répugnance à admettre les faits avancés par M. Toussaint sans connaître le procédé employé par l'auteur, et ce mécontentement s'était manifesté par les hésitations de certains membres à insérer au *Bulletin* la relation des faits de vaccination anti-charbonneuse. Aujourd'hui M. Bouley est venu lire à l'Académie le contenu d'un pli cacheté déposé à l'Académie des Sciences par M. Toussaint. Ce dernier, devant les scrupules de l'Académie de médecine, n'a pas hésité un instant à faire connaître son procédé.

Cet acte a reçu l'assentiment unanime de l'Académie.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

On divise cette affection, si rebelle, si tenace, en deux périodes qui présentent au praticien des indications spéciales, et partant un traitement particulier.

Tous les auteurs sont d'accord, en effet, pour diviser la coqueluche en deux phases ou périodes : une *période catarrhale* et une *période convulsive*.

Tout d'abord il faut insister sur les soins hygiéniques qui sont très-importants. L'enfant doit être tenu à l'abri du froid et de l'humidité ! Si la température est douce et sèche, il est bon de le faire promener. Tel est sur ce point l'avis de Trousseau, de Rillet et Barthez, de Bouchut, etc. Au contraire, surtout en Angleterre et en Allemagne, on a soin de garder les malades au lit ou tout au moins à la chambre pendant tout le temps que dure la maladie.

L'enfant doit garder l'appartement, dit West; il est bon de le maintenir dans sa chambre et les pièces doivent être à un température uniforme de 15°, de sorte que lorsqu'il va le soir dans sa chambre à coucher, il n'arrive pas, ce qui est le cas le plus habituel, dans une atmosphère plus froide, ce qui augmente l'irritabilité des bronches et exaspère la toux.

Peut-être faut-il attribuer la différence qui règne à ce sujet entre les médecins allemands et anglais et la plupart des médecins français, précisément à la différence des climats.

Ce qu'il faut tirer de ces divergences entre des hommes profondément expérimentés c'est que les changements de température doivent être soigneusement évités au petit malade, et qu'on ne saurait prendre trop de précautions hygiéniques.

Lorsque les phénomènes de catarrhe s'accompagnent d'une fièvre plus ardente qu'à l'ordinaire, il sera bon de maintenir le malade au lit.

Pour l'alimentation, M. Bouchut donne les conseils suivants : les repas devront être multipliés plutôt que copieux ; chez les enfants à la mamelle il faut se contenter du lait de leur nourrice ; s'ils sont sevrés, des potages légers, des œufs frais des fruits cuits, etc., constitueront leur régime. Vers le déclin de la maladie, l'alimentation sera un peu plus forte ; à un âge plus avancé, il faut les laisser à leur régime ordinaire, à moins qu'

l'état fébrile, l'intensité de la coqueluche et les complications apportent des modifications dans le choix des aliments.

Il faut recommander encore les vêtements de flanelle, et les frictions sèches fort utiles chez les enfants faibles, surtout en automne et en hiver.

Un changement d'air amène parfois une diminution de la toux et une notable amélioration de la maladie. C'est d'ailleurs seulement après la première période que le transport du petit malade devient possible, et dans ces conditions, si la saison est favorable, et si la situation de fortune des parents le permet, on ne doit pas hésiter à prescrire le changement d'air.

Il est presque inutile de recommander d'ausculter avec soin la poitrine du malade. Dès le début de la maladie, il faut se tenir prêt à combattre l'extension possible de la bronchite et la complication de la maladie.

Si le malade a de la céphalalgie ou de la congestion encéphalique, on prescrira des pédiluves ou des cataplasmes sinapisés.

S'il y a de l'oppression, si la secrétion envahit les petites bronches, on aura recours aux vomitifs, et surtout à l'ipéca.

L'*ipéca* présente, en effet, de grands avantages dans la thérapeutique infantile. Il produit de la transpiration, fait tomber la fièvre et ne produit aucun dérangement intestinal.

Dans l'âge le plus tendre, c'est-à-dire dans les six premiers mois de la vie, il doit être donné sous forme de sirop. A partir du cinquième ou du sixième mois, on doit recourir à la préparation suivante :

R. Sirop d'ipéca. . . . . . 50 grammes.
Poudre d'ipéca. . . . . 0.30 —

Une cuillerée à dessert en cinq minutes, jusqu'à production de trois vomissements.

De un à deux ans, on élève la dose de la poudre de 0,30 à 1 gramme.

Au-dessous de deux ans, on n'administrera pas *l'émétique*, qui pourrait donner lieu à une superpurgation cholériforme, et qui a pour inconvénient très-grave de débiliter profondément les jeunes enfants.

A l'émétique, Trousseau substituait le *sulfate de cuivre*. Pour un très-jeune enfant, il prescrivait :

R. Sulfate de cuivre. . . . 0.10 centig.
Sirop. . . . . 30 grammes.

Une cuillerée à dessert, de cinq minutes en cinq minutes, jusqu'à effet vomitif. A un âge plus avancé, on peut élever la dose de sulfate de cuivre jusqu'à 0.40. Ce vomitif est très-sûr et n'occasionne pas de diarrhée. On peut y recourir dans les cas où l'ipéca est sans effet.

Pendant le premier mois de maladie, disaient Trousseau et Pidoux, il est bon de faire vomir les enfants tous les deux jours. Sans doute par ce moyen on ne fait pas qu'une coqueluche dure quinze jours au lieu de deux mois et demi ou trois mois, mais on fait que les quintes sont moins fréquentes et moins longues, que le poumon s'enflamme plus rarement, et que l'appétit des enfants se soutient et permet l'alimentation, qui, suivant nous, est d'une grande importance.

Avec les vomitifs, on donnera un julep gommeux additionné de chloral, de belladone et de bromure de potassium. On fera usage de lavements émollients ou légèrement laxatifs.

Pendant les quintes, il convient de recommander aux parents de prendre quelques précautions. On doit prendre l'enfant dans les bras ou le mettre sur son séant en lui soutenant la tête avec la main. Guersant a observé un jeune enfant près de périr de suffocation pour voir été laissé sur le dos.

Laënnec disait que « lorsqu'on peut parvenir à faire boire le malade à petits coups pendant la quinte, on en abrège sensiblement l'intensité et la durée. »

Pour faciliter le rejet des glaires, il est bon de passer le doigt ou un mouchoir dans la bouche.

C'est dans la *période spasmodique* que les médicaments sont nombreux. On a employé toute la série de antispasmodiques, et chacun sait combien de médicaments disparates dans leur mode d'action cette cette classe *d'anti* renfermait.

Voici d'abord le traitement de M. Bouchut.

Il consiste dans une cautérisation du pharynx et de l'épiglotte, tous les jours, avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent ou d'acide phénique au quart; d'ammoniaque diluée; d'huile de cade.

Voici les formules de M. Bouchut :

Nitrate d'argent 50 centigr. à 1 gr.
Eau distillée. 30 gr.
Ou bien :
Acide phénique 25 centigr.
Eau 100 gr.

La cautérisation palatine avec l'ammoniaque a été plusieurs fois utile à M. Bouchut, mais elle est très-désagréable pour les malades.

Le Dr Pénot de Lyon fait respirer à ses malades des vapeurs de phénate de soude. On place ce médicament liquide dans un petit creuset en por-

celaine situé au-dessus de la flamme d'une lampe à esprit de vin qui le maintient à une température constante et pendant le temps voulu.

Le phénate de soude se volatilise, et le malade respire une atmosphère imprégnée de vapeur et d'acide phénique mélangées aux éléments du goudron de houille. *(Lyon médical, 1877).*

Le Dr Ortille (de Lille), a employé aussi l'acide phénique, en inhalations et en pulvérisations. Il en a obtenu de bons résultats. Pour lui, il y a contre-indication chaque fois que la fièvre arrive et dénote une lésion inflammatoire quelconque. (*Abeille médicale, 1877*).

M. Bouchut cautérise ainsi l'arrière-gorge, parce qu'il définit la coqueluche : une phlegmasie catarrhale de l'épiglotte, dont le pus tombe dans le larynx.

Pour certains médecins, la nature parasitaire de la coqueluche est à peu près établie, et c'est à ce titre que le Dr Ortille employait l'acide phénique.

Sous l'empire des mêmes idées, en Allemagne surtout, on se hâta d'essayer l'acide salicylique et le salicylate de soude en inhalations. L'anti-septique pénétrant dans les bronches devait détruire le champignon caractéristique de la coqueluche.

L'oxyde de zinc a été prescrit avec quelque succès à la dose de 0,30 à 0,50 dans les six premiers mois ; on en éleva la dose à 1 gr. 20 ou 1 gr. 50 au-dessus de deux ans. On le donne dans un julep aromatisé avec de l'eau de laurier-cerise.

Parfois M. Bouchut a employé l'oxyde de zinc à doses fractionnées, seul ou mélangé à une petite quantité de poudre de valériane ou de poudre de belladone.

On peut encore prescrire le *musc* (15 centig. dans un julep), ou l'*assa-fœtida*. La *cochenille* passe pour un bon médicament. Voici la formule d'une potion dans la composition de laquelle on la fait entrer :

R. Poudre de cochenille.	0.50 à	1	gramme.
Carbonate de potasse.	0.50 à	1	—
Sirop		20	—
Eau distilée		80	—

La cochenille doit être traitée à chaud dans l'eau.

On fait prendre par jour 3 à 4 cuillerées de cette potion à l'enfant.

Narcotiques. On prescrivait beaucoup naguère les narcotiques et surtout l'opium. On a un peu abandonné cette méthode. L'opium, en effet, est souvent très-dangereux chez les jeunes enfants. Cependant, M. Bouchut croit que ce médicament peut être utile, quelquefois, quand il existe une réaction fébrile intense et lorsque les enfants offrent une disposition à la pléthore.

La *Belladone* a été considérée comme le véritable spécifique de la coqueluche. Ce médicament forme encore la base de la plupart des traitements de la coqueluche, soit seul, soit mélangé à d'autres médicaments.

Bretonneau administrait invariablement la poudre. Trousseau faisait faire des pilules composées de parties égales de poudre et d'extrait suivant une méthode que chacun connaît, et à laquelle son nom est resté attaché.

La belladone est surtout utile dans la seconde période de la maladie.

La teinture et le sirop sont les préparations les plus commodes à faire prendre aux enfants.

M. Archambault recommande de formuler soi-même le sirop, pour être certain de la proportion du principe actif qu'il contient. On peut prescrire, par exemple :

R. Extrait de belladone. .	0.10 centigrammes.
Sirop.	30 grammes

Une cuillerée à café toutes les quatre heures.

La teinture est un excellent mode d'administration. On en fait prendre 2 gouttes toutes les quatre ou cinq heures, dans un véhicule quelconque.

L'atropine peut s'employer en solution titrée de 0,01 de sulfate d'atropine pour 10 grammes d'eau : 20 gouttes de cette solution représentent un *millième* de médicament actif.

Au dessous de six mois, il faut donner 1/2 goutte de la solution titrée, soit 1/40e de milligramme. Pour donner une demi-goutte d'un médicament, on en verse une goutte dans deux cuillerées d'eau, dont on jette ensuite la moitié. Il faut se défier de l'activité de ce médicament chez les très-jeunes sujets. L'atropine est un excellent sédatif, qui calme et éloigne les quintes. Mais son emploi exige une grande circonspection, et peut-être vaut-il mieux s'en tenir à la belladone en l'associant à d'autres médicaments.

Guersant prescrivait le mélange suivant auquel il attachait une grande confiance et composé de:

Belladone.	parties égales
Ciguë.	
Oxyde de zinc.	

On commence par un centigramme répété trois fois par jour, et l'on augmente progressivement suivant l'état du petit malade.

M. Bouchut emploie la préparation suivante:

Sirop de belladone	15 gr.
Hydrate de chloral	50 centig. à 1 gr.

A prendre en une fois.

M. Jules Simon fait usage d'un mélange de teinture de belladone et d'alcoolature d'aconit à parties égales.

M. Gibert (du Havre) recommande l'association du tartre stibié à la belladone. Il prescrit des pilules composées de : 1 milligramme d'extrait de belladone et 1 milligramme de tartre stibié. Il en donne de trois à six par jour à un enfant de trois ans.

M. Bergeron a eu occasion d'essayer ce traitement dans sa clientèle et à l'hôpital Sainte-Eugénie et le Dr Cornilleau (*Thèse de Paris, 1879*) a rapporté les résultats favorables obtenus avec ce mode de traitement.

On a prescrit encore le bromure de potassium. M. Gubler le recommandait dans cette affection. Depuis lors, beaucoup de médecins eurent l'occasion de constater les heureux effets des bromures alcalins.

Voici la formule employée par M. de Beaufort :

Sirop de baume de tolu. . .	20 gr.
Bromure de potassium. . . .	0,30 centigr.
Alcoolature d'aconit.	0,25 —

Mêlez.

80 grammes en vingt-quatre heures pour un adulte. Pour les enfants la dose doit être ainsi proportionnée :

Enfants de	1 an	1	cuillerée	à café
—	2	2	—	—
—	7	3	—	—

Dans cette formule, on peut ajouter le sirop de belladone et l'hydrate de chloral, et on a, selon nous, un des meilleurs traitements de la coqueluche.

M. Fonssagrives a eu lui aussi, l'occasion d'expérimenter le bromure de potassium et il s'en est déclaré très-partisan. En Allemagne on a plus minutieusement étudié les effets des différents bromures alcalins dans la coqueluche et les conclusions de ces travaux ont été très-favorable à cette médication.

Nous aurions besoin de beaucoup plus d'espace que nous n'en disposons ici pour énumérer la longue liste de médicaments employés contre la coqueluche. Mais il faut se borner et nous n'avons nullement la prétention d'être complet. Cependant avant de terminer par quelques mots sur les révulsifs, il est nécessaire de parler du traitement de West par l'acide cyanhydrique, de l'acide thymique, du drosera et du café.

West commence par une dose de 3 centigr. d'acide cyanhydrique de la pharmacopée anglaise (2 p. 100 d'acide anhydre), toutes les quatre heures pour un enfant de neuf mois; en augmentant proportionnellement pour les enfants plus âgés. Ce médicament, dit-il, exerce, quelquefois, une influence presque magique sur la toux dont il diminue les paroxysmes de fréquence et d'intensité, d'une manière presque immédiate, tandis que d'autres fois, il semble parfaitement inerte, et que, dans d'autres cas, sans diminuer en aucune façon la toux, il manifeste son action toxique spéciale sur le système nerveux, de façon à rendre sa cessation opportune.

Ce sont là des raisons suffisantes, croyons-nous, pour déconseiller l'usage de ce médicament.

L'*acide thymique* a été expérimenté par M. Bouchut à l'hôpital des enfants. Son usage parait diminuer le nombre des quintes. Il est juste d'ajouter que ce nouveau médicament n'était pas employé seul. Voici la formule de M. Bouchut.

Acide thymique.	1 à 2 gouttes.
Alcool	10 gr.

Ajoutez dans :

Potion gommeuse	80 gr.
Chloral	0, 25 centigr.

Par grandes cuillerées dans les vingt-quatre heures.

La teinture de *Drosera* est un médicament nouvellement expérimenté. La teinture à la dose de 10 à 40 gouttes, dans les vingt-quatre heures, a été employée avec succès par MM. Lamarre, Constantin Paul, Hérard et Blondeau.

C'est un médicament à étudier.

Le *café* est très-utile dans la coqueluche, J. Guyot a même soutenu que l'infusion de café torréfiée, chaude et bien sucrée guérissait la coqueluche.

Ce qui est plus certain, c'est que cette infusion à la dose de 30 à 80 grammes après chaque repas diminue le nombre des quintes. La décoction de *café vert* s'est montrée aussi très-utile.

Le café ayant donné de bons résultats, il était naturel d'essayer son alcaloïde, et c'est ce qui a été fait avec plus ou moins de succès.

Le Dr Henri Lagnoux (*thèse de Paris*, 1877) a rapporté dans un bon travail le résultat des essais faits à ce sujet dans le service du Dr Cadet de Gassicourt à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Voici les deux préparations dont il se sert :

1° Valérianate de caféine.	2 gr. 40
Sucre en poudre.	4 gr.

Mêler et faire 24 paquets.

Deux par jour pour les enfants d'un an ; trois par jour pour les enfants de deux ans et au-dessus.

Pour les enfants au-dessous de six mois, moitié de la dose.

Faire prendre les paquets dans un peu de lait, de café ou de confiture.

2° Valérianate de caféine.	1 gr. 50.
Eau-de-vie.	20 gr.
Sirop de café.	50 gr.

Mêler.

Une cuillerée à café, matin et soir, pour les enfants de six mois.

Une cuillerée à dessert, trois fois par jour, pour les enfants d'un an et au-dessus ;

Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, pour les enfants au-dessus de deux ans.

Quant *aux révulsifs*, voici ce qu'en dit M. Bouchut : Je n'attache aucune importance aux révulsifs cutanés chez les jeunes enfants, ils ne font que produire une irritation très-vive, causent de l'insomnie et amènent quelquefois un mouvement fébrile plus ou moins intense.

C'est absolument notre avis, les révulsifs causent chez les enfants beaucoup plus de maux qu'ils n'en guérissent.

En résumé, et en dehors de toute complication, le traitement de la coqueluche est assez simple.

Dans la première période : traitement de la bronchite catarrhale par les vomitifs et quelques émollients. Soins hygiéniques. Maintien du malade au milieu d'une température égale.

Dans la seconde période : la belladone associée au chloral, au bromure de potassium et à l'aconit.

Alimenter le malade ; soutenir ses forces ; frictions sèches, café. D^r P.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouveau cas de succès du traitement de l'albuminurie par le tartre stibié à haute dose. Par le Dr V. Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

Dans les numéros 80 et suivants de la *France médicale*, année 1873, j'ai cherché à élucider la question de la double nature de l'albuminurie, selon qu'elle affecte une marche aiguë ou d'emblée chronique. J'ai insisté sur l'efficacité du traitement de la première forme par le tartre stibié, à doses réfractées, et démontré que la forme lente est encore justiciable, jusqu'à un certain point, de la même médication, mais avec des chances de succès beaucoup plus incertaines et à la condition de s'en tenir à des doses d'autant plus modérées que la tolérance est plus difficile à établir, et que le traitement doit être continué plus longtemps.

En résumé, disais-je, l'albuminurie est une maladie à double face. Il y a l'albuminurie primitivement aiguë, affection locale, sorte de néphrite ou le plus souvent d'hyperémie néphrétique, suivie de desquammation épithéliale des *tubuli*, avec retentissement général sur l'économie, et pas autre chose au fond. Il y a ensuite l'albuminurie chronique d'emblée, qui est d'ordinaire une affection générale de la nutrition, dans laquelle l'altération rénale se greffe sur un élément diathésique, la diathèse urique peut-être, selon la théorie du Dr Roubaud (Identité d'origine de la gravelle, du diabète et de l'albuminurie, *in* Comptes-rendus de lA'cadémie des sciences, 27 mars 1865).

Cette distinction a le mérite de mettre d'accord les pathologistes divisés sur la question de savoir : 1° si l'albuminurie est une affection générale, *totius substantiæ*, comme le veut M. Pidoux, qui iusiste sur ce fait que, non-seulement l'urine contient en plus un principe qu'elle ne devrait pas contenir, mais qu'elle renferme en moins, son principe essentiel, l'urée, et conserve aussi moins de sels ; 2° si la maladie est essentiellement locale, comme le pensait et l'exprimait Rayer, en la décorant du uom très-significatif de *néphrite albumineuse*. Considérous, en premier lieu, le cas de beaucoup le plus commun, où la maladie survient brusquement, à l'état aigu, à la suite d'un refroidissement. A cette catégorie appartient également l'albuminurie scarlatiueuse.

Indépendamment des phénomènes fébriles, nous avons ici tous les caractères des phlegmasies aiguës. C'est d'abord la cause occasionnelle banale, puis la soudaineté du début, la marche rapide, la surfibrination du sang, l'efficacité des antiphlogistiques les plus francs, les plus énergiques, enfin les lésions cadavériques qui révèlent pour le moins une hyperémie rénale manifeste.

Je le demande, est-il permis de méconnaître là une phlegmasie ? Peut-on logiquement y voir l'effet d'une diathèse, d'un trouble de la nutrition générale, d'une dyspepsie ? Tout au plus, la diathèse, si tant est qu'elle existe, favorisera-t-elle le passage de la maladie à l'état chronique, agissant à l'instar d'une véritable complication.

Mais à côté de ces cas, de beaucoup les plus communs, il en est d'autres où l'on est forcé d'admettre une maladie générale primitive, des lésions locales consécutives.

Ici triomphe la doctrine émise par Graves, MM. Pidoux, Jaccoud, Gubler, et brillamment développée par M. Roubaud. Dans l'hypothèse de cette pléiade de savants, on explique bien la parenté de l'albuminurie et du diabète, la coïncidence assez fréquente de ces

deux affections chez les mêmes sujets, l'affinité de l'albuminurie pour certains tempéraments, certaines familles, entachées d'ailleurs de vices diathésiques divers, l'apparition de la maladie sous la forme chronique d'emblée, sa marche lente compatible quelquefois avec une certaine santé relative, enfin, sa désespérante ténacité. On se rend compte également des cas où la perte de l'albumine s'effectue à la fois par la sécrétion urinaire et par diverses autres sécrétions, l'intestinale notamment. Ici, comme dans le diabète, la dyspepsie joue un rôle étiologique important, prépondérant peut-être. Tous les faits reçoivent ainsi une facile interprétation.

A la première classe de faits se rattacheront tous ceux qui sont caractérisés par une simple hypérémie, quelque transitoire qu'elle soit, ainsi qu'on l'observe dans le choléra, la diphthérite, certaines affections du cœur gauche (néphrite interstitielle), et peut-être dans la grossesse.

Ce n'est pas tout. Quand une albuminurie aiguë passe à l'état chronique, il doit arriver fréquemment que, par suite de la déperdition de l'albumine, du ralentissement de la production de l'urée, elle engendre un état diathésique analogue à celui qui joue parfois le rôle de cause déterminante.

Nous voyons alors une maladie primitivement locale réagir sur l'ensemble de l'économie, au point de pervertir la nutrition générale, de dépraver la digestion, d'engendrer la dyspepsie, qui, d'ordinaire constitue la clef de voûte de l'édifice pathologique. Ce triste cercle vicieux, où un même phénomène joue tour à tour le rôle de cause et d'effet, s'observe trop souvent dans d'autres affections, pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Les considérations précédentes fournissent au traitement d'utiles indications. Si l'on a affaire à une hypérémie active des reins, c'est le cas de recourir sans hésitation aux antiphlogistiques les plus puissants, émissions sanguines, hyposthénisants, au premier rang desquels nous plaçons le tartre stibié. S'agit-il d'une hypérémie transitoire, en quelque sorte mécanique, on se préoccupera exclusivement de la maladie principale, dans l'espoir assuré que la congestion rénale ne manquera pas de disparaître avec sa cause. Enfin, existe-t-il une diathèse quelconque la diathèse urique, par exemple, comme le veut M. Roubaud, c'est à cette holopathie qu'il faut songer avant tout. Mais en même temps, les lésions du rein, toutes consécutives qu'elles sont, n'en méritent pas moins la plus sérieuse attention, et, dans nombre de cas, les mêmes moyens qui réussissent contre l'état aigu, seront encore appelés à rendre les plus signalés services. Seulement comme il y a, brochant sur le tout, une maladie constitutionnelle, sorte de *vis à tergo* qui paralyse en partie l'effet de la médication, on ne pourra en attendre des résultats aussi heureux que dans la première catégorie de faits.

Ce n'est pas d'hier que date le traitement de l'albuminurie aiguë par le tartre stibié. Déjà Bright administrait les antimoniaux après la saignée contre cette maladie qui porte son nom (V. *Guys hospital reports*, avril, 1840). J'ai entendu M. Paul Dubois préconiser l'administration de l'émétique à dose rasorienne dans l'éclampsie albuminurique. Nous trouvons dans l'*Union médicale*, 23 juillet 1853, une note de M. Legroux sur un cas de la même maladie, traité avec succès par la médication stibiée précédée de la saignée, et le même auteur ajoute que l'idée d'opposer cette médication à l'éclampsie albuminurique lui a été suggérée par les bons effets qu'il en avait retirés dans plusieurs cas d'albuminurie aiguë.

En dépit des bons effets de l'émétique, soit à doses vomitives, soit de préférence à doses rasoriennes, dans l'albuminurie, cette médication paraît être tombée dans un certain oubli. Car M. Gubler, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, n'en fait même pas mention, et cependant Dieu sait le nombre des agents empiriques auxquels il croit devoir accorder une place honorable. Depuis, ce nombre s'est encore accru par l'introduction dans la thérapeutique d'un agent qu'il eût mieux valu laisser à sa véritable place parmi les matières tinctoriales. On voit qu'il s'agit de la fuchsine trop vantée par M. Bouchut contre l'albuminurie. Mon expérience me fait regarder le délaissement de la médication stibiée comme fâcheux et préjudiciable aux malades albuminuriques, et c'est pourquoi je reviens à la charge en publiant aujourd'hui un nouveau cas de succès de ce traitement aussi efficace que rationnel.

OBSERVATION.

Albuminurie grave pendant la grossesse, avec incontinence d'urine et symptômes de cystite. Traitement efficace par la saignée et le tartre stibié à doses réfractées.

Marie J., vingt-six ans, bonne constitution, ayant un frère à peine plus âgé qu'elle, déjà asthmatique, se présente à ma consultation le 1er juin 1879, après avoir en vain, depuis plusieurs mois, suivi les conseils d'un médecin des environs, qui l'avait considérée comme chlorotique et s'était borné à lui prescrire du fer, du bon vin et une nourriture substantielle. Sous l'influence d'un régime aussi peu rationnel, elle avait éprouvé une aggravation de ses souffrances, telle que l'existence lui était devenue tout à fait insupportable.

Elle raconte que ses règles se sont supprimées il y a quatre mois, qu'elle était souffrante antérieurement à cette époque, mais qu'à partir de là, elle a commencé à ressentir plus particulièrement les douleurs de plus en plus vives et intolérables dont elle se plaint actuellement. Le symptôme le plus pénible est une incontinence d'urine presque absolue. La vessie ne conserve que deux ou trois cuillerées d'urine, qui, à peine accumulées dans ce réservoir, produisent d'irrésistibles envies d'uriner. Involontairement et incessamment l'urine s'échappe par le méat urinaire. La nuit, le lit en est inondé; le jour on suivrait la malade à la trace. Du contact continuel de l'urine, résulte une rougeur érythémateuse de la vulve et de la partie supérieure et interne des cuisses, qui rend la marche très-douloureuse et presque impossible. D'un autre côté le ténesme vésical occasionne l'insomnie nocturne, en sorte que l'infortunée jeune fille n'a pas un instant de repos, ni nuit, ni jour.

En même temps, pouls à 80, température 37°5, lan-

gue normale, selles régulières; leucorrhée abondante. Le toucher ne fait constater aucune lésion de l'urèthre, ni du conduit vaginal. La matrice paraît développée comme dans une grossesse de trois mois à trois mois et demi.

Légère sensibilité à la pression des régions rénales et de l'hypogastre; sur ma prière, la malade émet une dizaine de grammes d'urine trouble, couleur petit-lait, abandonnant par le repos un dépôt muqueux, très-visqueux; au microscope, ce dépôt se montre composé de globules, soit muqueux, soit purulents et de débris de l'épithélium des bassinets. L'urine décantée donne lieu à un abondant précipité d'albumine tant par l'ébullition que par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique.

Jamais les urines n'ont été sanglantes. La sonde introduite dans la vessie, après injection préalable d'une certaine quantité d'eau tiède, n'y rencontre aucun calcul.

Traitement : saignée de 350 gram. Dès le lendemain, une cuillerée toutes les deux heures, d'une potion de 500 gram. renfermant 1 gramme de tartre stibié et 80 de sirop diacode du codex; diète lactée.

Les jours suivants, il survint aux grandes lèvres, un gonflement assez considérable, qui disparut bientôt ainsi que l'érythème. Cependant l'urine devient de plus en plus limpide, de moins en moins albumineuse. La malade, dès le sixième jour, pouvait en conserver plus de 60 gram. dans la vessie. Le 13, il n'y eut plus d'incontinence d'urine pendant toute la nuit, résultat remarquable qui causa à la malade une joie indicible. A ce moment, elle avait déjà consommé trois potions, soit 3 gram. de tartre stibié.

Le 20, l'urine est parfaitement limpide, sans traces d'albumine. Il survient un céphalalgie intermittente, qui est combattue avec succès par le sulfate de quinine, à la dose d'un gramme par jour.

Le 23, la malade peut être regardée comme convalescente. Je lui permets de se livrer à l'exercice de la promenade, et le 28, je ne vois aucun inconvénient à la renvoyer dans sa famille.

J'ai appris depuis que sa guérison s'est confirmée, qu'elle s'est mariée en octobre et qu'elle est accouchée heureusement peu de temps après.

Voilà certes un des cas les plus épineux que le praticien puisse rencontrer, dans lequel l'albuminurie était doublée d'une cystite et où le tartre stibié, à la dose environ 0,25 par jour, a fait justice tout à la fois de la maladie principale et de sa redoutable et rare complication.

Comment agit ce médicament dans l'albuminurie?

Plusieurs praticiens attachent la plus grande importance à son action évacuante, hydragogue, et la recherchent tout particulièrement. S'il est incontestable que des guérisons rapides ont été obtenues par cette méthode, il faut avouer qu'elle a ses inconvénients bien appréciés par les malades, et certes on trouvera beaucoup d'enfants, d'adultes même, qui n'accepteront à aucun prix un émétique quotidien pendant tout le temps nécessaire à la cure. Heureusement, et mon observation personnelle en fait foi, la médication que je préconise, n'a pas besoin de provoquer des vomissements répétés pour triompher du mal.

Sans doute quand l'embarras gastrique domine la scène, le vomitif ne laisse pas d'être fort avantageux au début du traitement. Mais, en thèse générale, loin que les vomissements et les évacuations alvines soient indispensables, il est positif que mieux le médicament est toléré, plus son action est efficace. Evidemment il agit à titre d'antiphlogistique et d'altérant tout ensemble. En cette double qualité, il régularise le travail d'oxydation qui s'effectue dans l'intérieur des vaisseaux et dans la trame même des tissus, et dont la perversion constitue le principal phénomène et probablement l'essence même de la maladie.

On vise et on atteint souvent le même résultat par les émissions sanguines, moyen dont on a sans doute abusé sous l'influence de la doctrine physiologique, mais contre l'abandon systématique duquel je ne saurais trop élever ma faible voix. Presque seul à Paris, M. Peter en poursuit la réhabilitation. En fait, ce moyen, héroïque dans une foule de circonstances, ne peut souvent être remplacé par rien d'équivalent. S'il ne suffit pas à lui seul, il prépare utilement la voie aux agents médicamenteux. Ainsi c'est aux émissions sanguines qu'il faut habituellement avoir recours au début du traitement de l'albuminurie aiguë. En les omettant, on se prive d'une ressource excellente, et il pourrait se faire que l'on ôtât à la médication stibiée une grande partie de son efficacité. Les altérants, les hyposthénisants achèvent l'œuvre bien commencée par les émissions sanguines, alors que la limite de l'emploi de celle-ci est tracée par le désir de ne point soustraire à l'économie une quantité trop considérable d'un fluide indispensable au maintien de la vie (1).

A l'action générale de la médication stibiée, se joint sans doute une autre action toute locale. On sait en effet, que le tartrate antimonié de potasse est éliminé de l'économie par la sécrétion urinaire. De là, l'action élective qu'il exerce sur les reins hypérémiés. De là sans doute aussi l'action bienfaisante sur la muqueuse vésicale phlogosée, dans le cas précédent et dans un autre semblable, où la complication de cystite s'est offerte à mon observation.

Ce dernier s'est produit d'emblée sous la forme chronique. La relation n'en manquerait certes pas d'intérêt. On y verrait qu'à diverses reprises, en commençant notamment, le traitement stibié a amené une amélioration considérable, bien voisine de la guérison, non pas seulement en ce qui concerne le symptôme de l'albumine, mais encore au point de vue de ceux, plus pénibles mille fois, de la cystite. Malheureusement c'était là le seul résultat réalisable, car, si la lésion rénale congestive est curable, plus tard les altérations qui surviennent, infiltration graisseuse des cellules épithéliales (Becquerel), ou dépôt dans les mêmes cellules de granulations protéiques (Robin), paraissent également les unes et les autres au-dessus des ressources de l'art.

Il est à remarquer que les auteurs ne font point

(1) D'après les recherches de MM. Becquerel et Rodier il y a, dans la maladie que nous considérons, tendance à la diminution des globules, dont la quantité peut bien n'être pas sensiblement modifiée dans la première quinzaine de la maladie, mais qui sont en baisse constante au bout de deux mois.

mention de la complication de cystite, que j'ai été à même d'observer deux fois dans le cours de la même année.

J'appelle aussi l'attention sur cette circonstance que les deux cas dont il s'agit, ont été exempts d'hydropisie. Cela n'a rien d'étonnant, si l'on réfléchit à la cause de l'anasarque albuminurique.

Tout passage un peu considérable de l'albumine du sang dans les urines produit la diminution de l'albumine du sang et par suite celle de la densité du cérum, d'où une véritable hydrémie. La proportion d'albumine qui est en moyenne 7 p. 100, se réduit à 6 p. 100, dans l'albuminurie aiguë, et tombe à 5,5 dans l'albuminurie chronique. Cette diminution bien que légère, peut déterminer l'apparition d'une hydropisie, où elle s'est opérée rapidement; mais elle a besoin d'être beaucoup plus considérable pour produire des hydropisies, si elle s'est opérée lentement. Il faudrait alors que la sécrétion urinaire fût notablement diminuée. Or, tel n'est pas le cas dans la complication de cystite ; c'est bien plutôt le contraire que l'on observe. Rien d'étonnant à ce que la diurèse spontanée qu'elle occasionne, s'oppose à toute accumulation de sérosité dans l'économie, phénomène rendu déjà difficile par la marche lente de la maladie.

Un dernier mot pour expliquer les effets antihydropiques de la médication stibiée.

Il est prouvé par l'expérimentation physiologique que l'hypérémie des reins est la cause prochaine de la perte de l'albumine. On a vu que celle-ci, à son tour, engendre l'hydropisie, dans des circonstances bien déterminées. On comprend dès lors, sans peine, que toute médication capable de faire disparaître la congestion rénale, amène par la ruine de la cause, la cessation des effets secondaires aussi bien que celle des effets primitifs.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association des médecins du département de l'Hérault. Rapport de M. le professeur Jaumes. Des cas dans lesquels le médecin est traité comme un simple témoin, à l'occasion de sa comparution, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats.

Le décret de 1811 assigna au médecin un rôle différent, suivant le point où en est arrivée l'évolution de l'affaire qui a nécessité le concours de ce médecin. Tandis que, en effet, alors qu'il s'agit de visite, de pansement, d'autopsie, d'opérations de laboratoire, etc., l'homme de l'art est considéré, sinon toujours comme expert, au moins comme médecin, et traité comme tel ; ce même homme de l'art, en vertu de l'art. 25, n'est plus considéré et traité que comme témoin, s'il est appelé devant le juge d'instruction ou aux débats, à raison de ses déclarations, visites ou rapports. Et encore faut-il que, pour être payé comme un témoin, il requière taxe.

Voilà donc un médecin qui, dans la même affaire, au cours de la même mission, passe du rôle d'expert, de médecin, à celui de témoin.

Il va sans dire, que cette transformation, si peu justifiée, n'est nullement à son avantage, qu'elle constitue au contraire, vis-à-vis de lui, une circonstance aggravante.

Mais ce qu'il y a de plus regrettable encore, c'est que, à l'heure actuelle, des réclamations du genre de celle dont M. Caisso s'est fait l'interprète aient quelque raison d'être.

N'est-il pas vrai, pourtant, que bon nombre d'entre nous, ayant eu l'honneur d'être cités à comparaître aux débats, ont quitté leurs affaires, leurs malades, leur domicile; ont peut-être franchi de grandes distances ; ont été retenus pendant un temps quelquefois très-long au Palais; ont dû exposer les questions scientifiques les plus délicates, discuter les problèmes cliniques les plus ardus ; ont dû solder, avant de regagner leurs pénates, des notes d'hôtel dont le total n'offrait aucune analogie avec les chiffres qui figurent dans le tarif des frais judiciaires, et, en fin de compte, ont reçu en échange de ces déplacements, de ces dérangements, de ces travaux, de ces déboursés, des allocations vraiment illusoires, s'ils n'ont préféré en faire hommage à l'Etat ou les abandonner à l'huissier de service.

Pourquoi en a-t-il été ainsi ? Parce que nous n'avons pas réclamé. Si ceux d'entre nous qui se sont trouvés en pareille occurrence avaient dressé une requête respectueuse au Président des assises, au lieu d'être taxés comme témoins, ils l'auraient été comme experts, d'où une légère et tout au moins honorable augmentation de l'indemnité.

En effet, Messieurs, depuis longues années, et sous l'influence combinée des réclamations du corps médical et des observations des magistrats les plus compétents, cette question a été réglée en notre faveur.

Déjà l'ouvrage de Devergie (édition de 1852) mentionne ce fait, que les Présidents des cours d'assises s'empressaient en général de transformer les médecins en experts, soit en les faisant appeler avec ce titre, en raison des éventualités de la cause, soit en le leur conférant aux débats.

En 1861, ce problème recevait une solution officielle. A la suite d'une démarche du Conseil général de l'Association des médecins de France, démarche inspirée par Tardieu, le Procureur général près la Cour de Paris, M. Chaix-d'Est-Ange, adressa aux Procureurs impériaux de son ressort la lettre suivante :

« Paris, 15 décembre 1861.

« Monsieur le Procureur impérial,

« L'attention de M. le Garde des Sceaux et celle de ses prédécesseurs ont été souvent appelées sur la situation que le décret du 18 juin 1811 fait aux médecins et experts lorsqu'ils sont cités devant les Cours et Tribunaux pour donner des explications sur les travaux qui leur ont été confiés.

« Dans ce cas, vous le savez, ils doivent être assimilés à de simples témoins et taxés comme tels, si on leur applique littéralement l'article 25

dudit décret; or, cette assimilation est généralement en désaccord avec la vérité des faits. Il arrive presque toujours, en effet, qu'ils ont à discuter contradictoirement avec les accusés les conclusions de leurs rapports; à répondre à des questions qui leur sont soumises; en un mot, à apporter de nouvelles lumières à la justice. Ce n'est donc pas sans raison qu'ils soutiennent que c'est réellement en qualité d'experts qu'ils comparaissent devant elle, et il est rigoureux de considérer comme une simple déposition des explications souvent longues et difficiles.

« M. le Garde des Sceaux a dû examiner sérieusement les réclamations que cet état de choses a soulevées, et, frappé surtout de cette considération que les magistrats requièrent d'ordinaire le concours des praticiens que leur mérite met le plus en évidence, Son Excellence a jugé qu'il était convenable de ne plus leur contester le caractère de médecins et d'experts dans les circonstances où ils le revendiquent, et de faire cesser une assimilation qui, en lésant leurs intérêts, blesse en même temps leur dignité.

« En conséquence, M. le Garde des Sceaux a décidé que les médecins et experts qui seront appelés à l'avenir devant les Cours et Tribunaux pour donner des explications sur leurs rapports et leurs travaux, seront taxés conformément aux dispositions du décret du 18 juin 1811, qui leur seront spécialement applicables.

« Je vous prie de donner connaissance de ces instructions aux magistrats de votre Tribunal, d'en faire prendre copie par le greffier, et de m'accuser réception de la présente circulaire.

« Recevez, etc.

« *Le Conseiller général d'Etat,*
Procureur général,
« *Signé :* CHAIX-D'EST-ANGE. »

Pareille satisfaction ne pouvait pas ne pas être accordée aux médecins de province. Il en a été évidemment ainsi. Nous en trouvons la preuve dans un passage du rapport de M. Louis Penard : *Projet de réforme du tarif des frais judiciaires en matière de Médecine légale* (*Bulletin de la Soc. de Méd. lég.*, tom. V, p. 39). Au cours de ce travail (pag. 44), M. Penard, faisant allusion à la circulaire de M. Chaix-d'Est-Ange, s'exprime en ces termes : « Il va sans dire que cette mesure ne s'est pas arrêtée au ressort de Paris, et qu'une circulaire de M. le Garde des Sceaux, à la même époque, l'a étendue à toute la France. » L'édition de 1879 des *Codes Français et lois usuelles*, publiée par M. H.-F. Rivière, avec le concours de MM. Faustin Hélie et Paul Pont, fait suivre l'art. 25 d'une note ainsi conçue : « Les médecins et experts qui sont appelés devant les Cours et Tribunaux pour donner des explications sur les travaux qui leur ont été confiés dans l'instruction doivent être taxés, non comme de simples témoins, mais conformément aux dispositions de l'article 22 du décret du 18 juin 1811. — Cir. G. des Sc., 7 décembre 1861. »

Enfin, les renseignements recueillis par votre Commission l'autorisent à espérer que dans le ressort de Montpellier une requête dans ce sens serait favorablement accueillie.

Le principe est donc établi : le médecin appelé aux débats ne tombe plus sous le coup de l'art. 25; il a le droit d'invoquer une assimilation avec l'expert. Seulement, l'expérience le démontre, pour jouir du bénéfice de cette assimilation, le médecin peut avoir à la solliciter. Votre Commission estime que cette nécessité d'une réclamation, abstraction faite des obstacles matériels que celle-ci est susceptible de rencontrer, répugne à la dignité professionnelle. Puisque le principe est établi, nous devons souhaiter que les magistrats nous l'appliquent spontanément, sans attendre de notre part des démarches qui, tout en restant très-honorables, sont de celles dont on aime à être dispensé.

CONCLUSIONS

Il résulte de cet examen que les améliorations à poursuivre, conformément au vœu de M. Caisso, sont de deux sortes :

1° En premier lieu, nous devons joindre nos efforts à ceux qui ont déjà été tentés ailleurs en ce qui concerne le principe de la rémunération du médecin légiste. Peut-être penserez-vous avec nous que la substitution, sauf les réserves énoncées, d'un honoraire calculé d'après le nombre de vacations employées, au tarif fixe jusqu'ici en vigueur, donnerait satisfaction aux aspirations légitimes du corps médical. Ainsi se trouverait réalisée l'assimilation réclamée par M. Caisso entre le médecin et l'expert.

En conséquence, votre Commission vous propose :

De soumettre ce vœu à MM. les Sénateurs et Députés de notre département, avec prière de le transmettre à M. le Garde des Sceaux;

De charger votre Bureau de communiquer au Bureau de la Société de Médecine légale de Paris le résultat de votre vote, s'il est favorable à nos propositions. Une telle adhésion ne pourra que contribuer au succès des efforts dont la Société de Médecine légale a généreusement pris l'initiative.

2° En second lieu, l'article 25 ayant été de fait abrogé, nous devons chercher à nous assurer le bénéfice de dispositions plus libérales à notre égard, sans obligation préalable d'une réclamation.

Votre Commission pense qu'il y a lieu de soumettre ce deuxième vœu à l'attention bienveillante de M. le premier Président et de M. le Procureur général de notre ressort, par l'intermédiaire de votre Bureau.

OPHTHALMOLOGIE.

Thérapeutique usuelle des ophthalmies externes.

Résumé d'une communication de M. le Dr FIEUZAL, *médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts.*

(Suite).

J'emploie donc, et je ne saurais trop vous engager à employer le sulfate neutre d'ésérine dans la proportion de 0,05 pour 10 grammes, dans toutes les affections exclusivement localisées dans

la partie antérieure de la cornée, ainsi que dans la conjonctivite pustuleuse, réservant le sulfate d'atropine dans les mêmes proportions, pour les maladies qui siègent sur les parties postérieures de la cornée (kératite séreuse, Descemet) et à plus forte raison sur l'iris.

Dans toutes les affections sécrétantes de la cornée et de la conjonctive, et c'est là ce qui caractérise essentiellement la méthode que je préconise, j'ajoute l'emploi de l'eau phéniquée à 1/250, ou même beaucoup plus affaiblie, en lavages d'autant plus fréquents que la sécrétion muco-purulente ou purulente est elle-même plus intense ; plus il y a de secrétion, plus on doit faire des lavages fréquents et même des irrigations sous-palpébrales afin de faire arriver le liquide désinfectant dans les culs-de-sac qui, dans l'ophthalmie purulente, granuleuse ou simplement catarrhale, sont le siége de de cette sécrétion.

Je puis affirmer que les parents, même les moins intelligents, arrivent très-facilement à faire ces pansements, et les enfants, chez lesquels il est pourtant si difficile de faire les instillations par gouttes, supportent celles-ci à merveille par la raison qu'on emploie de l'eau tiède et que ce liquide ne leur fait aucun mal. Pour peu que ces ophthalmies s'accompagnent, dès leur début, de gonflement des paupières supérieures, d'un œdème dur, ou à plus forte raison de chémosis conjonctival, je fais employer par les parents également des compresses glacées ou tout au moins très-froides, qu'on continue pendant deux heures, et qu'on prend soin de renouveler toutes les deux heures, avec deux ou quatre heures de suspension, pendant lesquelles on fait les lavages à l'eau phéniquée un peu tiède de façon à ne pas laisser séjourner le pus au-dessous des paupières.

Dès qu'il se montre une opacité de la cornée, il faut de toute nécessité renoncer à l'emploi de la glace, pour ne faire que les lavages très-fréquents et les instillations de collyre d'ésérine. (Deux ou trois gouttes par jour sont suffisantes pour prévenir dans bien des cas les perforations.)

Une purgation tous les quatre ou cinq jours est un excellent dérivatif qu'il ne faut pas négliger de mettre en œuvre.

Il est rare qu'avec ces moyens simples, que les parents peuvent aisément employer, la conjonctivite catarrhale ne cède pas au bout de quelques jours (10 à 12).

La conjonctivite purulente est plus longue à guérir, mais se modifie rapidement de la façon la plus heureuse sous l'influence de ce mode de pansement.

La conjonctivite granuleuse aiguë est plus longue encore à guérir, mais de tous les moyens que nous avons mis en œuvre contre cette terrible maladie, nous n'avons encore rien trouvé qui puisse être mis en balance avec la méthode ci-dessus indiquée, tant pour la rapidité de la guérison, que pour le retour de la muqueuse à l'état normal ou du moins à un état aussi voisin que possible de l'état normal.

Lorsque les conjonctivites purulentes ou granuleuses sont passées à l'état chronique, nous continuons, comme par le passé, à les toucher de temps en temps avec le sous-acétate de plomb et quelquefois même avec le crayon mitigé ou le sulfate de cuivre, mais nous avons la conviction que ces cautérisations doivent être fort restreintes et que le meilleur et le plus sûr modificateur de cette muqueuse infiltrée se trouve encore dans les préparations antiseptiques employées, ainsi que nous venons de le dire : tels sont l'acide phénique à 1/250 qu'on peut même étendre d'eau, de façon à en réduire le titre à 1/500 dès qu'il occasionne de la cuisson, des picotements trop vifs ou qu'il provoque une irritation de la peau des paupières ; le thymol à 1/1000 ; l'acide salicylique à 1/500, le benzoate de soude ou tout autre agent antiseptique.

(A suivre)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année médicale (deuxième année, 1879). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr Bourneville (1).

On connaît déjà cette publication destinée à se reproduire périodiquement et qui contient tout ce qui a paru d'intéressant, dans l'une quelconque des branches des sciences médicales, pendant l'année 1879. Elle répond, pour les médecins, à des besoins analogues à ceux qui ont tant contribué au succès de l'*Année scientifique* (2). Le grand nombre des collaborateurs qui ont travaillé à ce volume, sous la direction de M. Bourneville, a permis d'introduire une grande variété dans la rédaction, et de ne rien négliger de ce qui concerne tout spécialement les médecins. Sans être obligé de recevoir toutes les revues qui publient des travaux originaux, sans lire les nombreux ouvrages de médecine qui paraissent à chaque instant, on est sûr, avec l'*Année médicale*, de ne rester étranger à aucune découverte sérieuse, et de posséder tout ce qu'il est nécessaire de connaître, sur les médicaments nouveaux qui enrichissent si souvent la thérapeutique. Cette dernière partie a, du reste, été traitée avec toute l'importance qu'elle mérite. Dr A. B.

(1) Un vol. in-12, d'environ 400 pages. E. PLON et Cie, Libraires-éditeurs, rue Garancière, 10. — Bureaux du Progrès médical, rue des Ecoles, 6. — A Delahaye, place de l'Ecole-de-medecine. Prix 3 fr. 50.

(2) Un volume chaque année, par L. Figuier. Librairie Hachette.

plications thérapeutiques de la chaleur et du froid, par Emile GALANTE, in-8 de 64 pages, prix 2 francs.

Des peptones au point de vue thérapeutique, par A. CATILLON, pharmacien de 1re classe, in-8 de 16 pages, prix 1 fr.

Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystéreotomie, par le Dr ORMIÈRES, in-8 de 80 pages, prix 2 fr. 50.

Du diagnostic des lésions des reins, dans les affections des voies urinaires, des indications qu'elles fournissent au pronostic et au traitement, par le Dr P. BAZY. in-8 de 102 pages, avec tableau, prix 4 fr.

Les variations de forme normales et pathologiques de la plante du pied, étudiées par la méthode graphique, par le Dr J. ROHMER, gr. in-8 de 76 pages, avec 35 planches au trait, prix 4 fr.

VARIÉTÉS

Un confrère nous communique la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

« Mon bébé ayant été vacciné deux fois par vous et sans en obtenir aucun résultat, je viens de le faire vacciner par ma sage-femme.

« Je vous prierai donc, M. le Docteur, d'avoir la bonté de me faire parvenir les honoraires qui vous ont été donnés pour le vaccin.

« Je regrette votre dérangement et vous salue.

Ce qui ajoute quelque piquant à cette missive, c'est que le médecin nous affirme n'avoir jamais reçu d'horaires.

Les médecins devant les juges de paix. — Nous lisons dans l'*Alger médical* l'histoire suivante :

Un de nos confrères, médecin en chef d'une des ambulances de l'intérieur, recevait dernièrement chez lui un père de famille éploré qui venait réclamer son aide pour un de ses enfants très-malade. Le médecin lui répondit : « Je suis moi-même atteint d'une fièvre intense ; de plus, n'étant pas médecin de colonisation, je ne possède pas de cheval, mais si vous pouvez m'amener une voiture, je ferai tout mon possible pour vous rendre service. » Le père de famille revint avec une voiture et le médecin eut le bonheur de pouvoir sauver le malade ; mais lorsque le praticien envoya une note de 10 francs pour sa visite, le client lui répliqua en lui communiquant une facture de complaisance s'élevant à la somme de 15 fr. qu'il s'était fait délivrer par un voisin qui lui avait prêté sa voiture.

Le cas fut porté devant le juge de paix, qui condamna le médecin à rembourser la somme de 5 fr., représentant la différence de sa note avec celle du client.

L'administration prie les confrères qui réclament des numéros, à quelque titre que ce soit, de joindre à leur demande 25 centimes par exemplaire.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Paris à Vichy ou Clermont* (par train rapide). Service extraordinaire, du 12 juillet au 15 septembre.

Aller. — Départ de Paris à 1 h. 25 soir. Dîner à Nevers, de 6 h. 21 à 6 h. 51 soir. Arrivée à Vichy à 9 h. soir ; arrivée à Clermont à 10 h. 27 soir.

Retour. — Départ de Clermont à midi 30 ; départ de Vichy à 2 h. soir. Dîner à Montargis, de 7 h. 01 à 7 h. 32 soir. Arrivée à Paris à 10 h. 23 du soir.

CORRESPONDANCE

— Dr C., 234, 26 juillet.

Fait l'envoi aux deux confrères. Nous attendons votre brochure.

— Dr V., 957, à C., 28 juillet.

Nous vous sommes obligés de vos efforts ; l'inscription est faite. Nous sommes bien de votre avis que, se cantonner, chacun, dans sa situation, n'est à l'avantage de personne. Mettre en commun notre influence individuelle, c'est être assurés de faire prévaloir nos vues de confraternité. Nous avons déjà réussi à être utile au *Concours ;* vous obtiendrez de nouveaux succès, puisque vous en prenez la peine.

— Dr P., à C., 28 juillet.

La rectification est faite. Nous ne faisons aucune différence pour le titre et serons heureux de vous compter parmi nos adhérents, à titre de participant.

— Dr J., à E. (Nièvre), 30 juillet.

Vous êtes participant, parce que vous n'avez pas renouvelé en temps utile votre adhésion de 1878, sous la formule *Concours Médical.* Vous serez inscrit fondateur quand la date de votre lettre viendra dans l'ordre.

— Dr L., à V.-L.-B., 28 juillet.

Nous vous comptons, dès ce moment, au nombre des membres du *Concours Médical.* Reçu le mandat.

— Dr L., à St-R. (Somme), 29 juillet.

La collection du journal est à votre disposition et sa lecture vous donnera toute satisfaction sur nos tendances. Vous êtes inscrit participant.

— Dr S., à P., S.-S., 30 juillet.

Nous parlerons de votre désir aux personnes de nos relations. Vous devriez vous adresser aux éditeurs.

— Dr S., 884 (Aisne), 30 juillet.

Nous vous sommes obligés de votre rectification qui est inscrite. Nous attendons toujours vos communications.

— Dr P., à T. (Charente-Inférieure), 1er août.

Comme vous avez pu le lire dans la correspondance numéro 31, le docteur R. était déjà inscrit. Nous inscrirons MM. F. et G... Nous sommes à votre disposition pour tout ce qui peut vous être agréable.

— Dr B., à B., 2 août.

L'observation sera insérée.

— Dr M., à H. (Var), 2 août.

Merci de l'excellente lettre que vous avez bien voulu nous écrire. Nous essayerons avec les noms indiqués.

— Dr S., 926 (Basses-Pyrénées), 2 août.

« *Dans mes commandes, à Paris, j'ai oublié, trop facilement je le confesse, ma qualité de membre du* Concours Médical. *C'est un défaut dont je prends la résolution de me corriger, etc...* »

Nous pouvons vous assurer que vous ne serez pas longtemps à vous apercevoir que c'était à votre détriment. Quoique jusqu'ici, nous ne soyons que dans la période des tâtonnements, pour les choix à faire, l'expérience nous permettra de rendre plus considérables les avantages que vous pouvez recueillir de nos fournisseurs communs. Votre travail sera inséré.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 33 — 14 août 1880

SOMMAIRE:

BULLETIN DE LA SEMAINE

On sait que l'Académie ne prend pas de vacances, il n'en est pas de même des académiciens. Aussi les médecins de province ont-ils le champ libre et peuvent-ils faire connaître leurs travaux, la plupart du temps très-intéressants.

Mardi M. Livon, de Marseille, a lu un mémoire relatif à l'action de l'acide salicylique sur la contractilité musculaire.

L'auteur résume son travail en disant que, « sous l'influence d'une substance telle que l'acide salicylique, qui a une action spéciale sur les centres nerveux, les muscles présentent les phénomènes suivants sur les grenouilles :

1° Accroissement de l'excitabilité ;

2° Phénomène de l'addition latente ;

3° Excitabilité décroissante ;

4° Épuisement prompt, mais réparation prompte, ce qui donc lieu : au tétanos rythmique, à la contraction initiale.

Il résulte donc de ces derniers faits que, contrairement à ce que pense M. Th. Richet, on ne peut plus comparer le muscle cardiaque seulement au muscle de la pince, mais aussi aux muscles de la grenouille ; ce qui tendrait à démontrer que, dans le mouvement rythmique du cœur, il ne faut pas voir une particularité de la fibre musculaire, mais bien une particularité de l'excitation. »

— Le Dr Favre, de Lyon, a donné lecture d'un mémoire sur la *dyschromatopsie dans ses rapports avec la médecine publique*. Il a examiné plus de 10,000 hommes adultes, par différents procédés, et il a reconnu que plus de 10 p. 100 d'entre eux n'étaient pas à même de distinguer une ou plusieurs des cinq couleurs élémentaires, soit deux cas de daltonisme grave et relativement dangereux, et huit cas de chromatopseudopsie nuisible ou gênante. Les examens faits en vue des chemins de fer, de la marine ou de l'armée, seraient insuffisants si l'on avait à déterminer par l'exploration du sens chromatique l'aptitude des individus aux professions commerciales ou industrielles qui s'exercent sur les objets colorés. Il faudrait peut-être, dans ces cas, examiner sur 200 ou 300 couleurs ou nuances. Tout le monde sait combien sont variables pour la couleur les vêtements des femmes suivant les mode et suivants la saison. Parmi les erreurs très-nombreuses citées par l'auteur, nous remarquons que plusieurs ont été relevées chez des marchands d'étoffes, des tailleurs, des bijoutiers, des tisseurs, des teinturiers.

La connaissance exacte des couleurs est nécessaire aux magistrats, mais surtout aux juges de paix ; elle est indispensable aux experts qui doivent avoir un sens chromatique très-exercé. L'auteur cite des circonstances où il a été donné à M. Feraud, expert-chimiste, ancien préparateur de Chevreul aux Gobelins, de rectifier dans ses rapports des erreurs très-importantes commises sur les couleurs, dans la description des pièces à conviction. Les procès-verbaux avaient été rédigés par des gardes-champêtres, des gendarmes ou d'autres agents de l'autorité.

Les chimistes, les botanistes, les micrographes daltoniens, sont souvent très-embarrassés. Les médecins praticiens et les pharmaciens affectés de

dyschromatopsie savent assez bien se tirer d'affaire en général; ils savent avoir recours au témoignage des personnes dont la vue est normale.

M. Favre a recherché les cas de dyschromatopsie constatés en public et surtout devant les tribunaux. Des discussions, des rixes, ont eu lieu dans les écoles. Devant les tribunaux, quelques cas ont été notés. L'examen du sens chromatique des personnes en désaccord doit suffire pour édifier les juges.

Les erreurs des daltoniens sur les timbres-poste sont très-fréquentes, elles ont déterminé l'administration à augmenter le diamètre des chiffres et à instituer la visite des couleurs pour son personnel. Dans la famille, les enfants daltoniens sont malheureusement plaisantés par leurs sœurs et par leurs tantes et le désintéressement des couleurs. Arrivés à l'âge adulte et mariés, il leur arrive quelquefois de réclamer leurs droits de chef de famille, et de quereller leurs femmes à propos des couleurs.

Il est certain que des malheurs irréparables ont été produits par le fait de la fausse appréciation des couleurs, que des daltoniens se sont ruinés, ont ruiné leur famille ou qu'ils ont infligé des pertes considérables aux négociants qui les ont employés.

Il faut généraliser la visite des couleurs, rendre les daltoniens responsables de leurs erreurs par une loi. Le daltonisme pouvant être le plus souvent guéri par l'exercice, la loi réclamée deviendrait certainement un excellent moyen thérapeutique. L'on signifierait à ceux qui ne pourraient pas être guéris d'avoir à s'abstenir de porter des jugements sur les objets colorés.

REVUE GÉNÉRALE

Des indications de la thoracentèse.

Si l'on peut dire avec raison que Trousseau doit être considéré comme l'inventeur de la ponction de la poitrine, c'est avec justice aussi qu'on reconnaîtra que l'application de la méthode de l'aspiration aux épanchements de la plèvre, qui a réalisé un si grand progrès, est dû à M. Dieulafoy. A partir de la publication du premier mémoire de M. Dieulafoy, en 1869, on abandonna l'ancien procédé de Trousseau, et bientôt la thoracentèse par aspiration devint un procédé si banal, si ordinaire qu'il semble quelquefois que la thérapeutique de la pleurésie dût uniquement consister à attendre le moment favorable pour la ponction capillaire.

Il faut être bien fixé sur les *indications* de thoracentèse, et c'est à l'aide d'un livre récent de M. Dieulafoy que nous allons les résumer (1).

Tout d'abord une distinction toute naturelle se présente ; la thoracentèse est-elle *urgente*, ou bien peut-elle être différée? Dans le second cas, il faudra rassembler les éléments de discussion pour se faire une conviction sérieuse.

Mais, qu'est-ce qui permet de déclarer la thoracentèse *urgente?* C'est évidemment la quantité du liquide épanché. Que le malade ait la fièvre ou non, dit M. Dieulafoy, qu'il soit ou qu'il ne soit pas oppressé, ce sont là des considérations secondaires ; il faut *avant tout* consulter la quantité du liquide épanché. *S'en rapporter à la dyspnée serait un grand tort*, car la dyspnée est un signe trompeur ; des épanchements considérables sont parfois associés à une oppression insignifiante, et il ne manque pas de pleurétiques ayant deux ou trois litres de liquide dans leur plèvre, qui marchent et se promènent sans que leur respiration soit compromise.

Trousseau, à ce sujet, a raconté un fait bien significatif; il s'agit d'une nourrice qui vint à pied de la pointe Sainte-Eustache à l'hôpital Necker sans éprouver une grande fatigue. La thoracentèse fut faite immédiatement et donna naissance à 2,500 grammes de liquide.

« On voit, dit Landouzy, venir à l'hôpital à pied, et de plusieurs lieues, des gens qui se plaignent de maux d'estomac ou de fièvre d'accès et qui ont d'énormes épanchements. »

Il faut donc insister sur ce point : *la dyspnée est un guide infidèle et trompeur ;* et attendre, pour évacuer un épanchement de la plèvre, que le pleurétique soit atteint de dyspnée, c'est attendre que la vie du malade est depuis longtemps en danger quand on en arrive à cette décision.

M. Dieulafoy insiste sur ce point, et il faut remarquer avec raison, que rarement on publie tous les cas de mort subite ou de mort rapide provoquées par les grands épanchements; c'est fâcheux, ajoute-t-il, on serait peut-être moins sévère pour la thoracentèse.

(1) DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne.* — 1 vol. de la Bibliothèque diamant. Prix : 6 fr, Libr. G. Masson.

Ce premier point établi, il est nécessaire de savoir à quelle limite commence l'urgence de l'opération ?

Comment sera-t-il possible de savoir qu'il y a 1500, 2000, ou 2500 grammes de liquide épanché?

Dans les pleurésies *simples*, M. Dieulafoy estime que chez un adulte bien conformé, c'est quand l'épanchement atteint deux litres environ que l urgence de la thoracentèse doit être déclarée.

A quel signes évaluer la quantité du liquide épanché?

Tout d'abord M. Dieulafoy avait pensé arriver à déterminer ce point d'une façon presque mathématique de la façon suivante ; si un épanchement qui attteint le sixième espace intercostal correspond à 1200 grammes de liquide, un autre qui atteindrait le troisième espace devrait être évalué à 200 gr. et ainsi de suite. Mais il y avait de tels écarts dans l'évaluation supposée du liquide que M. Dieulafoy fut forcé d'abandonner ce procédé.

Voici quelques signes plus certains : *Dans les petits épanchements,* le souffle est voilé et limité à l'expiration.

Dans les épanchements moyens (1000 à 1500gr.) le souffle prend un timbre bronchique et s'entend aux deux temps de la respiration ;

Dans les forts épanchements (deux à trois litres et au-delà) les bruits normaux et anormaux disparaissent ou font place à un souffle caverneux et amphorique.

Ces signes, il faut bien le savoir, ne sont pas absolus. Il faut y associer l'étendue de la matité, le déplacement des organes, et notamment la déviation du cœur dans les pleurésies gauches, signes qui permettront de conclure à la nécessité de ponctionner. « Ainsi, dit M. Dieulafoy, lorsque la matité remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omaplate et que l'obscurité du son remplace, dans la région claviculaire, la tonalité élevée de son skodique ; lorsque enfin la pleurésie siégeant à gauche, la pointe du cœur vient battre entre le sternum et le sein droit, bien qu'à ce moment la cavité pleurale ne soit pas remplie au maximum, de tels signes chez un adulte dénotent que l'épanchement atteint deux litres ; il faut opérer, et ne pas oublier que renvoyer au lendemain est une formule malheureuse qui coûte la vie aux malades. »

Ces préceptes s'appliquent aux *pleurésies compliquées.* « Les *complications* directes ou indirectes de la pleurésie, adhérences anciennes, altérations valvulaires du cœur, péricardite, pneumonie, en un mot toutes les lésions qui entravent la circulation pulmonaire ou qui rétrécissent le champ de l'hématose ne sont pas une contre-indication de la thoracentèse; *elles l'imposent,* au contraire, dès que la quantité du liquide épanché *atteint de fortes proportions*; seulement l'évacuation du liquide *exige en pareil cas* de grandes précautions.

A part cette thoracentèse d'urgence, dont le guide le plus certain est la quantité du liquide épanché, en toute autre circonstance la thoracentèse est discutable : les uns l'admettent, les autres la repoussent, et certains le considèrent même comme nuisible. Pour M. Dieulafoy, tant que la température est élevée, c'est-à-dire tant que persiste la phase aiguë de la maladie, il vaut mieux attendre la défervescence pour prendre une décision. Si la décroissance de l'épanchement se fait naturellement et si sa résorption paraît devoir être rapide, il est inutile d'intervenir; mais si le liquide épanché reste stationnaire ou si la résorption paraît devoir être lente et difficile, il faut retirer le liquide. Ce n'est pas impunément qu'un liquide séjourne longtemps dans la plèvre : les organes déplacés s'immobilisent dans leurs positions vicieuses; le poumon aplati et adhérent respire mal ; l'hématose et la circulation sont compromises, sans compter, chez les sujets prédisposés, le passage de la phlegmasie à la chronicité et à la purulence. La thoracentèse, pratiquée au moment voulu, peut abréger de plusieurs semaines la durée de la maladie; elle fait tomber le reliquat de fièvre qui accompagne souvent les épanchements lents à se résorber.

Dans la pleurésie *purulente*, M. Dieulafoy a vu la ponction aspiratrice pratiquée seule, sans le secours d'injections irritantes, amener la guérison non-seulement chez les enfants comme l'avait déjà signalé M. Bouchut, mais encore chez les adultes. Ce n'est qu'à la deuxième ou troisième ponction qu'il faut recourir à d'autres moyens.

Le manuel opératoire de la thoracentèse est trop connu pour que nous y revenions ici. Il est d'ailleurs exposé avec clarté et compétence dans les différentes publications de M. Dieulafoy.

Dr P.

HOPITAL DE LA PITIÉ

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Abcès sous-périostique, possibilité de guérison sans nécrose.

Je vais aborder aujourd'hui un sujet à moitié neuf et dont nous n'avons pas encore de solution définitive. Au point de vue clinique, c'est un fait intéressant, quoique vulgaire, de la pratique chirurgicale; il s'agit, en effet, d'un abcès sous-périostique, mais ce

qui en constituera l'intérêt, c'est le traitement que je compte employer et qui me paraît de nature à modifier le pronostic de cette affection.

Notre malade est un petit jeune homme de seize ans, employé au Télégraphe pour le transport des dépêches à domicile. De très-bonne santé habituelle, intelligent et alerte, il eut la fâcheuse idée, il y a quinze jours, de prendre un bain froid alors que l'eau n'était probablement pas à une température suffisante. J'insiste sur cette circonstance, car je ne crois pas que les abcès sous-périostiques soient sous la dépendance de la scrofule, ils appartiennent bien plutôt au rhumatisme et se montrent sous l'influence du froid. Ainsi, il n'est pas rare de voir se développer des abcès sous-périostiques du tibia chez les petits campagnards qui se sont amusés à barbotter dans l'eau, en allant par exemple à la pêche aux écrevisses.

Tout d'abord, après ce bain froid, notre jeune homme ne ressentit rien de particulier; il put même continuer à faire son service pendant huit jours; mais au bout de ce temps, il dut interrompre son travail. Il avait une fièvre intense, un malaise général et une douleur qui s'étendait depuis l'aine jusqu'au genou. Les phénomènes généraux étaient si prédominants qu'il entra d'abord dans un service de médecine, et cela n'a pas lieu de nous étonner, car il s'agissait de cette affection que l'on a appelée le typhus des membres. A son arrivée dans nos salles, l'enfant était déjà très-pâle, les paupières languissantes, les traits du visage fatigués, sa température dépassait 39°. Sa cuisse était gonflée dans toute son étendue depuis le genou jusqu'à l'aine, elle était douloureuse dans tous les points, mais surtout à la partie interne et supérieure. Je me suis demandé un instant s'il ne s'agissait pas d'une phlébite de la veine fémorale; on a en effet cité des cas de cette maladie survenant *a frigore*. Nous trouvions un peu de douleur au bas de la fosse iliaque interne, il n'y avait pas d'arthrite coxo-fémorale, rien non plus au genou; certainement, et sans hésitation, il s'agissait d'un abcès sous-périostique de la continuité de l'os.

Lorsqu'on voit apparaître subitement chez un adolescent une douleur occupant un membre, s'accompagnant d'œdème, de tuméfaction, de fièvre et de phénomènes généraux graves, on peut faire à coup sûr ce diagnostic d'abcès sous-périostique. Mais il est impossible de juger de la grandeur primitive de l'abcès, ni par la quantité de pus qu'il produit, ni par l'étendue de la fluctuation. Une suppuration profuse peut provenir d'une très-petite lésion, tandis que, dans d'autres cas, le décollement du périoste peut être très-étendu et l'os complètement dénudé. Ce n'est qu'après l'opération et lorsqu'on peut toucher l'os qu'il est possible de se rendre compte de l'étendue des désordres. En général, c'est dans la partie la plus vasculaire, près du cartilage de conjugaison qu'est le point de départ de la maladie. Pour le fémur, cette portion plus vasculaire, c'est celle qui correspond à l'espace poplité. C'est là que le périoste est le plus épais, le plus vascularisé et le plus facile à décoller.

L'indication thérapeutique en cas d'abcès sous-périostique est formelle : il faut les ouvrir aussitôt que possible. C'est à Schutzenberger et à Chassaignac surtout qu'on doit les premières notions sur cette affection redoutable. Depuis, divers observateurs, M. Gosselin entre autres, en ont fait une étude spéciale. Chassaignac a conseillé d'ouvrir ces abcès de bonne heure, largement, et de les drainer. Il faut savoir qu'il y a de jeunes enfants qui meurent de périostite phlegmoneuse en quarante-huit heures quelquefois, mais souvent en quatre ou cinq jours. Et l'on trouve dès ce moment des abcès métastatiques dans le poumon et le foie. Ce sont des exemples probants d'infection purulente sans plaie extérieure. Quand on ne craint pas d'employer le bistouri et le drainage, on obtient des guérisons, mais non pas rapides comme lorsqu'il s'agit d'abcès phlegmoneux. Il faut bien savoir, en effet, qu'un certain nombre d'enfants succombent plus ou moins longtemps après le début de la maladie.

Il y a une complication que l'on a considérée comme presque inévitable de cette affection, c'est la nécrose des os dénudés, la portion osseuse correspondante au décollement du périoste est réputée condamnée à mourir, et les termes d'abcès sous-périostique et de nécrose semblent indissolublement liés. Aussi, lorsqu'on voit une nécrose diaphysaire, on peut affirmer l'existence antérieure d'une périostite. Cette nécrose paraît tellement fatale que certains chirurgiens (en France, Giraldès et mon excellent ami et élève Duplay) ont proposé de ne pas attendre l'élimination de l'os et de procéder vers la cinquième semaine à l'énucléation de la diaphyse du tibia. La nécrose, d'après eux, étant inévitable et devant entraîner une suppuration prolongée, ils préfèrent, en procédant ainsi, éviter cette dernière; en laissant le périoste en place, l'os se reproduit.

Je m'élève néanmoins contre cette pratique; car, ainsi que je vous l'ai dit, on ne peut conclure de l'étendue de la dénudation à l'étendue du séquestre. Au siècle dernier, cette question a été l'objet d'une discussion retentissante. Ceux qui ne croyaient pas la nécrose inévitable s'appuyaient pour soutenir leur opinion sur les cas où l'on ne voit pas d'expulsion de séquestre. Mais, répondaient leurs adversaires, cette élimination se fait toujours: seulement, elle ne s'effectue que par parcelles, il y a exfoliation ou élimination insensibles et c'est pour cela qu'on ne voit pas sortir de séquestre.

A mon avis, il peut très-bien y avoir dénudation osseuse sans formation de séquestre. Voici un premier fait que je n'ai pas oublié, bien qu'il date de l'époque où je sortais seulement du prosectorat. Il s'agissait d'un enfant pris subitement d'abcès sous-périostique du fémur analogue à celui dont est atteint notre malade; c'était à la campagne, au milieu de la Brie, dans un endroit où il n'y avait probablement pas de ferments septiques. L'incision faite, je tombai sur un vaste foyer, la moitié inférieure du fémur était

entièrement dénudée. Tout en cachant des appréhensions bien légitimes, je prévins que le malade perdrait un gros morceau d'os, et j'appliquai un drain. A mon grand étonnement, il ne sortit que deux ou trois petits séquestres ne pesant pas un gramme en tout. En supposant qu'il y eût eu 100 centimètres carrés du fémur qui fussent mis à nu, il ne s'en était nécrosé que 2 centimètres et l'on peut se demander pourquoi ces 2 centimètres eux-mêmes ne se seraient pas aussi bien conservés que les 198 autres qui avaient été le siége d'un recollement immédiat. Il est vrai de dire que tous les cas ne sont pas semblables. Chez un jeune enfant entré à plusieurs reprises dans mon service, j'ai dû successivement agrandir les fistules osseuses et lui enlever par morceau un tiers de son humérus. Certainement, si les grandes incisions peuvent sauver les enfants, on trouve aussi des gens qui, après dix, quinze et même trente ans, ne sont pas encore guéris d'un abcès sous-périostique qu'ils ont eu dans leur jeunesse.

J'ai même vu un grand seigneur russe déjà âgé qui avait eu dans son enfance un abcès sous-périostique du tibia; de temps en temps, un petit trajet fistuleux venait à s'ouvrir, et quelques petits morceaux d'os s'éliminaient. Finalement, il se développa un épithélioma le long d'un de ces petits trajets.

Ces récidives constantes et la lenteur de la guérison ont rendu les chirurgiens plus hardis dans le traitement de cette affection. Les uns ont dit qu'il fallait enlever l'os dénudé, et M. Lannelongue, allant encore plus loin, a déclaré qu'il fallait non-seulement inciser l'abcès sous-périostique, mais encore trépaner le tissu osseux situé au-dessous. L'affection n'était plus regardée comme une périostite, ni même une ostéo-périostite, mais comme une ostéomyélite dans laquelle le périoste, l'os et la moelle étaient envahis.

Sans doute, il est un certain nombre de cas où tous les éléments de l'os participent à l'inflammation, mais il en est aussi un certain nombre d'autres où l'affection est simplement une périostite sans participation de la moelle et même de l'os. En voici un exemple : Au mois de janvier, je fus appelé dans un quartier éloigné près d'un enfant d'une douzaine d'années. Je le trouvai dans l'état général le plus grave, avec fièvre intense, abattement, etc., l'avant-bras était entièrement tuméfié, il avait triplé de volume. Il s'agissait évidemment d'un abcès sous-périostique, seulement j'étais embarrassé pour savoir si c'était du cubitus ou du radius. Mais par certaines considérations dont la principale était que le mal avait débuté par l'extrémité inférieure, je diagnostiquai qu'il s'agissait du radius. J'ouvris couche par couche entre le trajet de l'artère radiale et le tendon du grand palmaire et donnai issue à une énorme quantité de pus, le radius était à nu sur une grande étendue. N'étant pas outillé pour faire le drainage, je remis cette précaution au lendemain et me contentai de faire plonger l'avant-bras dans une solution phéniquée tiède à 1 p. 100, dans laquelle il devait séjourner une demi-heure le matin et le soir. N'étant pas retourné auprès de mon malade, je n'y pensais plus ; aussi quel ne fut pas mon étonnement de voir, dix jours après, ce jeune adolescent entrer dans mon cabinet avec ses parents : il était complétement guéri !

Un pareil résultat était-il dû à la méthode antiseptique, et mon premier malade de la Brie avait-il dû au milieu favorable dans lequel il se trouvait sa guérison avec une aussi faible nécrose ? C'est ce qui me semble probable. M. Berger a, lui aussi, cité un fait analogue dont le succès peut être attribué à la méthode antiseptique.

On l'a déjà appliquée au traitement des abcès phlegmoneux, et l'on a eu les meilleurs résultats, je vais tâcher de l'utiliser dans le cas actuel d'abcès sous-périostique.

Voici ce que nous allons faire : nous chercherons le point de la région inférieure de la cuisse où la fluctuation est la plus évidente; nous inciserons la peau et, cheminant, non au hasard, mais en suivant les interstices musculaires, pénétrant par la partie interne entre les insertions du grand adducteur au condyle du fémur et l'anneau du troisième adducteur, nous évacuerons la collection purulente en prenant bien garde de ne pas sectionner de fibres musculaires, afin de ne pas avoir d'hémorrhagie. Puis, nous agrandirons la gaîne périostique, et nous en laverons la cavité avec de l'eau phéniquée légèrement caustique contenant 4 p. 100 d'acide phénique. Nous mettrons un drain, et nous appliquerons le pansement antiseptique. Peut-être, grâce à ces précautions, obtiendrons-nous, comme dans les cas précédemment cités, une guérison sans nécrose ou avec des séquestres insignifiants. Ce serait un résultat de la plus haute importance, et le tenter est, en tout cas, une expérience des plus intéressantes, tant au point de vue de la théorie que de la pratique.

(*Le Praticien*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les Veuves et Orphelins des Médecins.

La Chambre, avant sa séparation, a renvoyé au ministre de l'intérieur une pétition, signée par un grand nombre de médecins de Paris et des départements, émettant le vœu que les veuves et les orphelins des médecins et des chirurgiens qui succombent dans l'exercice de leurs fonctions aient droit à une pension et à des bourses dans les lycées.

M. Constans, ministre de l'intérieur, a répondu par la lettre suivante, adressée au président de la Commission des pétitions :

« Monsieur le Président,

» Par une pétition dont la Chambre des députés a ordonné le renvoi au ministre de l'intérieur, un grand nombre de docteurs en médecine et d'officiers de santé, s'inspirant des dispositions d'une loi austro-hongroise qui concéderait des pensions aux veuves et la gratuité

de l'instruction des enfants des médecins morts de maladies épidémiques contractées dans l'exercice de leur profession, demandent que ces avantages soient accordés aux veuves et orphelins des médecins français décédés dans les mêmes circonstances.

» Il n'y a pas de différence, disent les pétitionnaires, entre le médecin qui tombe victime de son dévouement à la cause de l'humanité et le soldat qui meurt sur le champ de bataille ; tous deux sont, aux yeux de la patrie, aussi méritants et, dès lors, on ne voit pas pourquoi on refuserait aux uns ce que l'on accorde aux autres.

» Sans méconnaître les titres que les médecins et les chirurgiens peuvent avoir à la reconnaissance publique, lorsqu'ils exposent leur vie pour soigner les personnes atteintes de maladies contagieuses, il ne semble pas possible d'admettre l'assimilation qu'ils voudraient voir établir entre eux et les militaires, en ce qui touche les témoignages de cette reconnaissance.

» Les médecins ne sont pas, en effet, comme les militaires, des serviteurs de l'Etat, et l'Etat ne leur doit, par suite, aucune récompense pécuniaire.

» Le principe écrit dans toutes nos lois est que la pension n'est due qu'aux citoyens qui ont consacré leur vie au service de la nation et dans un intérêt exclusivement public.

» Il a fallu des lois spéciales pour déroger à cette règle et accorder des récompenses pécuniaires aux citoyens non fonctionnaires de l'Etat et dont on a voulu cependant reconnaître le dévouement à la chose publique.

» Il ne me semble donc pas possible d'introduire, dans notre législation, une disposition générale qui permette d'accorder des pensions aux veuves et la gratuité de l'éducation aux enfants des médecins morts de maladies contagieuses dans l'exercice de leur profession. Si on leur accordait ce privilége, comment le refuser à d'autres personnes qui, bien que dans une profession plus modeste, n'en sont pas moins exposées à tous les dangers de la contagion : gardes-malades, infirmiers, etc. ?

» Pourquoi encore ne pas admettre à la même faveur tous les citoyens qui, dans les professions diverses, poursuivent un but utile à la société et y sacrifient souvent leurs propres intérêts et quelquefois leur vie ?

» L'exercice de la médecine a été considéré jusqu'ici comme l'exercice d'une profession libérale, justement honorée et généralement lucrative. Comme d'autres professions, elle a ses dangers ; mais c'est aux intéressés à les prévoir et à y parer par l'assurance ou a mutualité : l'assimiler à une fonction publique serait en changer complètement le caractère, et les pétitionnaires ne paraissent pas avoir mesuré toutes les conséquences qui pourraient découler de l'assimilation qu'ils proposent.

» Quelque dignes d'intérêt que soient les situations dont se sont émus les pétitionnaires, je ne crois pas qu'il y ait lieu de donner suite à leur vœu ; toutefois il paraîtrait appartenir plus particulièrement au ministre de l'agriculture et du commerce, qui a dans les attributions de son département les services d'hygiène publique, de se prononcer sur la question, et comme il s'agit également d'une dépense fiscale, il semblerait que le ministre des finances dût être aussi consulté.

» Si au lieu de demander en faveur des veuves et des orphelins des médecins la reconnaissance d'un droit à la pension, les pétitionnaires s'étaient bornés à faire appel à la bienveillance de l'Etat, les objections que j'ai soulevées disparaîtraient. Il est certain en effet, que les familles des praticiens qui meurent victimes de leur dévouement à leurs devoirs professionnels ont des titres à cette bienveillance. Mon département est venu souvent en aide à leurs veuves ; de son côté, M. le ministre de l'instruction publique, qui a déjà répondu à la communication de la même pétition, paraît disposé à examiner avec bienveillance les demandes de bourse formées en faveur de leurs enfants.

» Agréez, etc.

» Le ministre de l'intérieur et des cultes,

« CONSTANS »

Nous ne voulons rien retenir de la réponse de M. le ministre de l'intérieur, à la pétition dont nous avons donné le texte dans l'un des précédents numéros, qu'une phrase qui semble écrite à l'éloge des adhérents du *Concours médical* : « *Comme d'autres professions, la médecine a ses dangers. C'est aux intéressés à les prévoir et à y parer par l'assurance ou la mutualité.* »

En d'autres termes, comme nous l'avons toujours dit, unissons-nous, protégeons-nous. Notre entente suffira si nous le voulons fermement, pour nous permettre de nous passer de l'assistance gouvernementale, à laquelle toutes les classes de notre société ont trop souvent la tendance de faire appel.

II

Le service militaire de santé.

Je vous prie d'accueillir dans vos colonnes quelques observations sur la partie du projet de loi d'administration militaire du général Farre, relative au service de santé. On a dit que ce projet de loi donnait gain de cause au service sanitaire dans une assez large proportion. J'ai le regret de ne point partager cette appréciation et je vous demande la permission d'en exposer les motifs.

Je n'insiste pas sur le peu de précision des termes employés dans l'article 17 au sujet de la création d'une direction du service de santé, non plus que sur l'affirmation de l'indépendance absolue des médecins en tout ce qui concerne la science et l'art de guérir, comme si l'indépendance de la science et de l'art avait besoin de l'affirmation de la loi ; non plus encore que sur le douloureux aveu de ce fait que, jusqu'ici, les médecins militaires, le conseil de santé des armées, n'étaient pas appelés à participer à toutes les mesures relatives à l'hygiène et à la préparation des approvisionnements nécessaires pour assurer en paix comme en guerre l'exécution du service de santé.

Je ne recherche pas si le titulaire de cette direction spéciale sera un médecin ou un intendant, ni si cette direction s'appuiera sur les délibérations élargies du conseil de santé des armées à peu près confiné aujourd'hui dans d'étroites questions de promotions et d'avancement ; je cherche dans l'ensemble du projet de loi quelle serait la nouvelle condition du service médical de l'armée.

Je vois à l'article 2 que les pouvoirs administratifs que le ministre peut déléguer sont confiés, suivant

leur nature, aux commandants de corps d'armée, aux chefs de service de l'artillerie, du génie, des poudres et salpêtres et aux intendants. A l'article 8, je lis qu'en dehors du génie, de l'artillerie, des poudres et salpêtres, les fonctionnaires de l'intendance exercent la *direction et le contrôle des autres services administratifs* lorsque le ministre ne se les est pas réservés. L'article 10 spécifie qu'en temps de paix la délégation ministérielle pour l'ordonnancement des dépenses est dévolue aux intendants pour toutes les dépenses autres que l'artillerie, le génie et les poudres; qu'en cas de formation d'armée, cette délégation est exclusivement dévolue à l'intendant en chef qui sous-délègue aux directeurs des services et aux intendants de corps d'armée.

Puisque dans l'armée il n'y a pas de direction possible sans faculté d'ordonnancement de dépenses, et puisque cette faculté ne peut, d'après le projet de loi, être déléguée qu'aux commandants de corps d'armée, aux directeurs des armes spéciales et aux intendants, il est clair que le service de santé de l'armée reste absolument subordonné à l'intendance.

Il ne faut pas croire que cette subordination pèse aux médecins de l'armée parce qu'elle touche leur dignité, bien que celle-ci soit quelquefois soumise à de dures épreuves; elle leur pèse parce qu'ils sont rendus par elle impuissants à remplir leur noble rôle, parce que leur action salutaire expire devant les résistances administratives et souvent devant les exigences disciplinaires.

Il y a plus d'un demi-siècle que les médecins militaires réclament contre un état de choses si triste. Percy, Larrey le père, Michel Lévy, Scrive, Baudens, Chenu s'y sont épuisés et ont fourni les documents les plus accablants pour l'organisation actuelle (sous la direction de l'intendance) de notre médecine militaire. Ces documents accablants constituent un énorme dossier qui va chaque jour grossissant, et seuls dans le monde civilisé, seuls au milieu de toutes les nations qui entretiennent des armées permanentes, nous persistons dans des errements déplorables auxquels on ne découvre que deux motifs infimes en face de la grandeur du mal : la toute-puissance de l'intendance et la crainte du ministre au point de vue de sa responsabilité administrative.

Il est grand temps que le pays prenne intérêt à ces questions qui touchent de si près la conservation de ses enfants et sa puissance militaire; qu'il sache que la caserne, l'habitation du soldat, n'est l'objet d'aucune étude, d'aucune délibération médicale au point de vue de l'hygiène, et que pour ce motif, un trop grand nombre de nos casernes sont insalubres; qu'il n'y a ni études faites, ni mesures prises contre les épidémies si redoutables qui peuvent frapper les armées, et que l'histoire de nos dernières guerres (Crimée et France 70-71, choléra, typhus et variole) atteste les déplorables résultats de la direction administrative du service médical; que notre personnel médical militaire, si dévoué, si courageux, lui, qui paye souvent à la mort un tribut supérieur à celui de tous les autres corps d'officiers, est à peine suffisant en temps de paix et absolument insuffisant en temps de guerre; que son extension, qui devrait être considérable (quatre à cinq mille pour un million d'hommes) n'est point préparée et ne pourrait être réalisée en cas d'urgence; que les difficiles questions relatives au matériel des ambulances, à leur distribution, à leurs rattachements divers si laborieusement étudiés dans les armées étrangères, sont aujourd'hui soustraites à l'examen de nos médecins militaires, et que dans le fonctionnement des ambulances le médecin n'est qu'un subordonné au même titre que le comptable.

Incompétence et impuissance, voilà sur quoi repose actuellement la direction de notre médecine militaire. Les intendants n'ont ni la science, ni la conscience des indications à remplir et des besoins à satisfaire; leurs mobiles sont faits de tradition, de routines et de règlements; puissants pour arrêter, troubler et compromettre, ils sont absolument débiles pour concevoir et créer. Considérés à travers l'histoire de nos guerres, et sans tenir compte des qualités personnelles que nul ne leur conteste, ils ne méritent qu'un nom : l'obstacle, l'obstacle demi-séculaire, l'obstacle au progrès, à la réforme, à l'action efficace. Ils sont la maladie lente qui mine notre généreuse et savante médecine militaire, qui stérilise son recrutement et lasse avant le temps sa patience et son dévouement.

Et comment pourrait-il en être autrement! Où veut-on que les fonctionnaires de l'intendance issus des écoles militaires, officiers jusqu'au grade de capitaine ou même de commandant, préoccupés de leurs examens et concours spéciaux, plus tard accablés d'occupations trop multipliées, aient appris quoi que ce soit des choses médicales? Cela ne s'invente pas et se devine encore moins. Ce sont des questions de science dont la solution absorbe l'activité des cervelles les mieux constituées, questions de science dont la redoutable application conserve la vie ou déchaîne la mort avec une puissance d'autant plus grande que les collections humaines sont plus actives et plus nombreuses.

Notre armée comporte depuis longtemps des directions spéciales et indépendantes pour le génie, l'artillerie, la fabrication des poudres et autres agents détonants. On a reconnu que la spécialité professionnelle de l'ingénieur constructeur, de l'ingénieur d'armes, de l'ingénieur chimiste, requérait l'indépendance administrative, et que la réglementation commune ne pouvait fructueusement s'appliquer à des besoins si spéciaux. A qui fera-t-on croire que la spécialité du médecin soit moins tranchée, ou moins large, ou moins puissante que celle de ces divers ingénieurs? Est-ce qu'on voudrait oublier qu'il est telle de nos guerres récentes où la maladie a tué quatre fois plus d'hommes que les balles et les boulets? Croit-on que la spécialité médicale qui prétend réduire considérablement ces immenses hécatombes de malades n'a pas son prix?

C'est fort bien de tuer 20,000 hommes à l'ennemi; c'est encore mieux d'en économiser, d'en conserver

40,000 à soi. Ce résultat, on l'atteint et on le dépasse partout où la spécialité médicale dirige et gouverne les choses médicales dans les armées. Mais nous, qu'importe! pourvu que l'unité administrative soit sauve! Quelques mille hommes de plus ou de moins à la suite d'une guerre, c'est le hasard, le froid, le chaud, la fatigue, l'intensité du fléau épidémique qui les a tués. Nul n'y pouvait rien. Les plus grands efforts n'ont pu conjurer ces désastres. Et cependant, nous autres médecins, nous avons des remèdes contre ces influences pernicieuses, contre ces fléaux; nous vous les avons indiqués, nous vous avons suppliés de les appliquer, et vous ne l'avez pas fait parce qu'ils ne figuraient pas dans vos cantines réglemeutaires!

Il n'y a qu'une solution de bon sens et de bonne science à ce problème de la médecine militaire. Cette solution s'impose par les merveilleux exemples que nous ont successivement donnés l'Angleterre, l'Amérique, l'Allemagne. A moins de démontrer que les médecins français sont particulièrement ignorants, incapables, hors d'état de diriger des institutions et des organisations médicales, il faudra leur remettre la direction entière et indépendante de la médecine des armées.

Peut-être l'autorité militaire résistera-t-elle encore, comme elle l'a fait dans le projet de loi déposé le 18 juin dernier sur le bureau de la Chambre; peut-être nos législateurs resteront-ils encore incertains en face de ces problèmes complexes et demandant de longues études. Ce sera tant pis pour la nation. La prochaine guerre enregistrera de nouveaux désastres, et la conscience publique soulevée se demandera comment elle a pu tolérer si longtemps une organisatiou si déplorable de notre médecine militaire.

U. Trélat.

III

DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE PAR LES COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES

Nos lecteurs connaissent tous le préjudice causé à la pharmacie par les communautés religieuses. Il existe des départements, principalement du côté de la Bretagne, où le nombre des pharmacies tenues par les sœurs dépasse de beaucoup le nombre des officines possédées par des pharmaciens. Dans le département des Côtes-du-Nord, par exemple, on compte 151 pharmacies illégalement exploitées par des religieuses, contre 40 pharmacies régulièrement tenues par des pharmaciens.

Cet état de chose a, de tout temps, préoccupé le corps pharmaceutique; les médecins eux-mêmes s'en sont émus, ainsi que nous en avons pu juger par la lecture du compte-rendu de la dernière assemblée de l'Association générale des médecins de France.

Un certain nombre de présidents de Sociétés de médecine de plusieurs départements bretons avaient émis le vœu suivant, qui avait été adopté lors de l'Assemblée générale de 1879 :

« Les soussignés, au nom des sociétés locales qu'ils représentent, émettent le vœu que le Conseil général de l'Association attire la bienveillante attention du Ministre de la justice sur l'organisation de la pharmacie illégale dans les départements bretons, et l'invite, à cette occasion, à vouloir bien donner aux Procureurs de la République l'instruction de poursuivre d'office tout fait d'exercice illégal de la pharmacie, même par les corporations religieuses, après avoir rappelé les délinquants au respect de la loi. »

En conséquence de l'adoption de ce vœu, le Conseil général de l'Association des Médecins de France a adressé la lettre suivante à M. le Ministre de la Justice.

« Monsieur le Ministre,

« L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France, dans sa dernière réunion, a émis le vœu suivant, que j'ai l'honneur de vous transmettre, avec l'espoir que vous voudrez bien lui donner satisfaction.

« (Suit le texte du vœu ci-dessus mentionné.)

« L'exercice illégal de la pharmacie, Monsieur le Ministre, conduit nécessairement, fatalement, à l'exercice illégal de la médecine. Les plaintes, à cet égard, sont anciennes, incessantes, univoques, de la part des médecins et des pharmaciens des départements de la Bretagne, de la Vendée, du Poitou et de beaucoup d'autres départements où, par la concurrence désastreuse faite à ces deux professions, le chiffre des médecins et des pharmaciens diminue chaque année, et leur recrutement devient de plus en plus difficile. Il y a là un péril social plus encore qu'un dommage professionnel: l'Association a mission de vous le signaler, et elle vous prie de le conjurer.

« J'ai l'honneur d'être, etc.

« *Signé :* Le Président, H. Roger. »

A la lettre qui précède, il a été fait la réponse suivante :

« Monsieur le Président,

« Vous m'avez transmis, le 25 février dernier, un vœu de l'Association que vous présidez, tendant à ce que, dans certains départements de l'Ouest, les parquets fussent invités à poursuivre d'office tout fait d'exercice illégal de la pharmacie, même par les corporatiens religieuses, après avoir rappelé les délinquants au respect de la loi.

« J'ai l'honneur de vous informer qu'à la suite de votre communication j'ai écrit à plusieurs Procureurs généraux pour avoir des renseignements sur les faits que vous m'avez signalés; mais les enquêtes auxquelles il faudra procéder exigeront quelque laps de temps, et il m'est impossible de vous donner une réponse définitive pour la prochaine réunion générale de l'Association.

« Recevez, Monsieur le Président, etc.

Que produiront les enquêtes prescrites par M. le Ministre de la justice ? Peu de chose, si l'on en juge par les termes d'une lettre écrite par M. le Ministre du commerce à M. le Préfet de la Meuse, dant les circonstances suivantes :

L'hospice de Bar-le-Duc, auquel est attaché un pharmacien, vend depuis longtemps des médicaments au public et il a même eu l'audace d'insé-

rer, dans un des journaux de la localité, une annonce ainsi conçue :

HOSPICE CIVIL DE BAR-LE-DUC
Médicaments de premier choix, A TRÈS-BAS PRIX, *préparés par un pharmacien de première classe et par*
SŒUR CATHERINE.

Grâce à ce trafic, l'hospice de Bar-le-Duc réalise annuellement un bénéfice d'environ 12,000 fr., et cela, au détriment des pharmaciens de la ville.

Ces derniers se sont émus dans cet état de choses, et l'un d'eux, qui est conseiller municipal de Bar-le-Duc, a pris l'initiative d'une protestation dont a été saisi M. le Ministre de l'intérieur. N'ayant pas obtenu satisfaction de ce côté, les pharmaciens de Bar-le-Duc ont pris le parti d'adresser à M. Tirard, ministre du commerce, une plainte collective, à laquelle ce fonctionnaire a fait la réponse suivante par l'intermédiaire du Préfet :

« Monsieur le Préfet,

« J'ai pris connaissance des observations que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser au sujet d'une réclamation formée par plusieurs pharmaciens de Bar-le-Duc, à l'occasion du préjudice que leur causerait la vente des médicaments effectuée par la pharmacie installée dans l'hospice de cette ville.

« Dans l'état actuel de la législation sur l'exercice de la pharmacie, je ne saurais faire aux réclamants une réponse autre que celle qui leur a été adressée, le 5 juin 1878, par M. le Ministre de l'intérieur, qu'ils ont également saisi de la question.

« J'ajouterai toutefois que j'ai appelé, sur les pharmacies hospitalières, l'attention toute particulière de M. le Garde des sceaux, ministre de la justice. Mon collègue m'a fait connaître que les parquets de son département même avaient souvent reçu des réclamations semblables à celle des pharmaciens de Bar-le-Duc, mais qu'en l'absence d'un texte de loi précis, il n'avait pas été possible, jusqu'à ce jour, d'établir une jurisprudence constante, s'appliquant à tous les cas d'espèce. Il a donc été décidé que la section de législation du conseil d'Etat serait chargée de la révision de toutes les anciennes dispositions sur les matières. Tout porte à croire que, dans un temps assez rapproché, les difficultés signalées pourront être judiciairement résolues et qu'une légitime satisfaction sera donnée aux divers intérets engagés dans la question.

« *Recevez, etc,* « *Signé :* TIRARD »

Il est parfaitement exact que le conseil d'Etat soit chargé de l'élaboration d'une loi nouvelle concernant l'exercice de la pharmacie, et nous désirons que cette loi soit soumise au Parlement dans le plus bref délai possible. Quant aux abus signalés par les médecins bretons et par les pharmaciens de Bar-le-Duc, abus qui se produisent dans un nombre considérable de communes, nous sommes convaincu, comme M. Tirard, qu'il ne cesseront pas avant que le législateur y ait mis bon ordre au moyen d'un texte formel et précis.

(Répertoire de pharmacie).

OPHTHALMOLOGIE.

Thérapeutique usuelle des ophthalmies externes.

Résumé d'une communication de M. le Dr FIEUZAL, *médecin en chef de l'hospice des Qninze-Vingts.*

(Suite et fin).

Il va sans dire que ce traitement que nous voudrions voir adopter par tous les médecins, et rendre pour ainsi dire d'un usage banal, devient insuffisant dans les formes graves d'ophthalmies purulentes, soit pseudo-membraneuses, soit diphthéritiques, pour la guérison desquelles il faut, de toute nécessité, recourir à l'intervention d'un homme spécial qui sache appliquer au cas en question une thérapeutique appropriée, retourner les paupières pour les toucher directement, soit avec le pinceau, soit avec le crayon mitigé, neutralisé dans la mesure qu'il jugera utile. Dans beaucoup de ces cas il faut, si on veut mettre fin à un blépharospasme des plus pénibles et des plus dangereux, ou si on veut, par exemple, remédier à l'ectropion que les cris de l'enfant amènent et reproduisent aussitôt qu'il a été réduit, à recourir à des mesures, qui, telles que l'agrandissement de la commissure palpébrale externe, la névrotomie, ou même la division verticale des paupières, ainsi que la propose Critcheff, ou toute autre opération, ne peuvent être exécutées que par le chirurgien spécialiste.

Mais comme, en définitive, il y a un nombre considérable d'ophthalmies qui ne peuvent être soignées que par des spécialistes, nous croyons de la dernière importance d'appeler l'attention de nos confrères sur le danger qu'il y a à persister dans l'emploi des collyres à base métallique, qu'ils soient instillés par gouttes, ce qui est une méthode déplorable, attendu que pour peu qu'il y ait desquamation épithéliale de la conjonctive ou de la cornée, le mal se trouve exaspéré au lieu d'être calmé, sa durée en est de beaucoup prolongée et les conséquences en sont souvent irrémédiables ; ou qu'ils soient portés directement à l'aide d'un pinceau ou sous forme de crayon entre les paupières, ainsi que cela se pratique constamment dans les hôpitaux d'enfants, où les sœurs sont chargées des ophthalmies, ou même ainsi que le font un grand nombre de médecins.

Je n'approuve pas davantage les pansements alcoolisés, bien qu'ils soient incontestablement préférables aux sels métalliques, car ils sont de nature à produire dans beaucoup de cas une mortification de l'épithélium de la cornée qu'il faut, au contraire, s'efforcer de protéger par tous les moyens possibles, puisqu'il est, en quelque sorte, la sauvegarde et la barrière naturelle apportée à la propagation de la maladie.

Je n'hésite pas à déclarer, bien que cette opinion doive heurter le sentiment général, que tel qu'il est employé, le nitrate d'argent fait plus de mal à lui tout seul que les ophthalmies qu'il est destiné à combattre ; aussi faut-il un certain courage puisé, du reste, dans une observation scrupuleuse

des faits, pour venir ainsi battre en brèche un traitement qui passe pour héroïque et qui l'est en effet quand il est judicieusement appliqué.

Voici en résumé les règles du traitement recommandé par M. Fieuzal :

1° Emploi de l'eau phéniquée dans toutes les hyperémies conjonctivales, les conjonctivites catarrhales, purulentes, granuleuses, folliculaires.

2° Eau phéniquée et ésérine dans les conjonctivites pustuleuses, vésiculeuses, ulcéreuses, et les abcès de la cornée.

3° Eau phéniquée et atropine lorsqu'il y a en même temps iritis.

4° Enfin la glace dans certains cas particuliers, mais exceptionnels, et le plus habituellement au contraire l'eau chaude, tels sont dans leur ensemble les moyens locaux que nous voudrions voir adopter par tous les médecins.

Il est un point encore sur lequel je désire porter votre attention, c'est relativement à la durée probable de la maladie pour laquelle on vous consulte : si c'est une conjonctive catarrhale, purulente simple, ou pustuleuse, vous pouvez fixer assez exactement une limite qui varie de huit jours à six semaines, encore cette dernière trompe-t-elle assez souvent pour qu'on ne puisse pas toujours et sans courir le risque de s'abuser lui assigner un terme précis ; souvent, en effet, il arrive que celles-ci sont sous la dépendance d'une diathèse herpétique et nécessitent un traitement général qui seul est de nature à mettre fin aux récidives.

Pour ce qui concerne la conjonctivite granuleuse, il serait fort imprudent de rien assurer, en dehors d'un minimum qui varie entre deux ou trois mois ; et quant aux abcès et ulcères de la cornée, c'est à peu près la même chose. Il faut avoir soin de le déclarer aux parents, afin d'éviter qu'après avoir compté sur une durée de deux ou trois semaines, ils ne se découragent et exposent le malade par des changements de médication à des complications qu'on peut éviter, si on ne cherche pas à aller plus vite que ne le comporte l'évolution histologique de la maladie.

Pour ma part je n'hésite pas, quand on me le demande, à faire connaître la durée probable de ces maladies, et j'aime mieux m'exposer à ne plus revoir les malades que de les garder en les abusant et en leur faisant une concession que je trouve absolument blâmable.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE

De l'oxalate de cérium dans le choléra infantile.

A quelques questions adressées par nous à notre confrère le Dr Poulet, sur le traitement du choléra infantile par l'oxalate de cérium, notre éminent collaborateur nous répond :

La dose d'oxalate de cérium que j'ai indiquée, est bien exacte, et notez qu'elle suffit parfaitement dans les cas de choléra infantile. Depuis la publication de mon travail, j'ai eu encore occasion d'arracher trois enfants à une mort certaine. Selon moi, c'est là le triomphe de cet agent, et ne rendrait-il pas d'autre service, que ce serait déjà une précieuse conquête de la thérapeutique contemporaine.

Mais il y a lieu d'espérer que ses bienfaits ne s'arrêteront pas là. J'ai dit qu'on est en droit de fonder les plus légitimes espérances sur son emploi dans le choléra des adultes, soit sporadique, soit même épidémique. J'entrevois d'ailleurs une foule d'autres cas où il pourrait être essayé avec avantage. La voie est ouverte aux expérimentateurs : ce qui manque le plus aux chercheurs, c'est l'*occasio præceps*.

A cet égard, remarquez qu'il n'y a pas à craindre d'aborder de doses élevées. Vous le savez, l'oxalate de cérium est une substance parfaitement insoluble. J'ai de la tendance à croire qu'il s'en dissout une très-minime proportion dans le suc gastrique de l'enfant, et que, si ce médicament n'a pas eu jusqu'ici la même efficacité chez l'adulte, la cause en réside peut-être dans une différence de la composition du suc gastrique à ces deux âges.

En tous cas, la question des doses utiles est encore à étudier. Dès que j'aurai acquis quelque donnée positive, je vous en ferai part.

DE L'ACONIT

Et de ses indications chez les enfants.

L'aconit est toujours employée sous forme de *teinture* dans la thérapeutique infantile, on n'a jamais eu recours à l'*aconitine*. L'alcoolature des racines est merveilleuse dans ses effets, celle des feuilles et de la tige est inerte.

L'aconit des Vosges peut se donner à des doses considérables, aussi M. Jules Simon a fait prendre en un mois, par doses progressives, en commençant par 5, 10, puis 15 gouttes et jusqu'à 60 gouttes d'alcoolature au bout du trentième jour à un enfant de 4 ans.

Les effets physiologiques de ce médicament consistent en une irritation locale d'abord, le bout de la langue ne sent plus les saveurs sucrées ; en picotements perçus tant à la pointe de cet organe qu'à la lèvre supérieure ; en séchcresse de la muqueuse buccale, enfin en une salivation notable. A forte dose des nausées, des vomissements, de la diarrhée se manifestent.

Du côté de la circulation on observe une diminution de la tension artérielle, de la vitesse du pouls; chez un chien empoisonné par l'aconit le cœur était en diastole.

La sensibilité nerveuse des bronches est altérée, la température s'abaisse d'un demi à un degré. La sécrétion urinaire est augmentée ; l'intelligence est intacte. A dose toxique les phénomènes de torpeur musculaire et d'anesthésie s'accentuent, les hallucinations se montrent et la mort arrive au bout de sept à vingt-quatre heures.

L'aconit agit seulement sur la moelle, le cerveau n'est pas primitivement atteint.

Indications thérapeutiques. — L'alcoolature de racines d'aconit est indiquée dans le traitement des *laryngites* intenses, de la *bronchite* aiguë et chronique, de l'*asthme*, de la *coqueluche*, en un mot des *affections à sécrétion catarrhale* abondante.

On en fera prendre au petit malade 10 gouttes en vingt-quatre heures, en cinq fois, espacées de deux en deux heures; si l'enfant est abattu, somnolent (grippe), on n'hésitera pas à joindre en alcoolature la teinture de belladone en même quantité. Si les pupilles se dilatent, si l'enfant (2 ans) est excité, il faut diminuer la teinture et augmenter la dose d'alcoolature d'aconit. Dans le cas où l'excitation continuerait, l'*élixir parégorique* ou le *laudanum de Sydenham* (enfant de 5 ans) trouverait son indication rationnelle. Cette médication donne de bons effets au début d'une rougeole alors que l'élément fièvre domine et que le petit patient est abîmé par une toux agaçante des plus pénibles.

Au début d'une fièvre, alors que le diagnostic n'est pas fait, puisque l'aconit abaisse la température, on le prescrira de la manière suivante :

Prenez :	Eau de tilleul	} ââ 60 gr.
	Eau de fleur d'oranger.	
	Eau de laurier cerise. .	30
	Alcoolature d'aconit.. .	10 gouttes.
	Sirop d'althæa.	125 gr.

à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Puisqu'elle produit l'anesthésie, la teinture d'aconit trouvera aussi son indication à titre de palliatif, dans les cancers, les migraines, les névralgies, le tic douloureux de la face, les douleurs qui accompagnent la phthisie, la scrofule et la syphilis constitutionnelle.

Dans toutes les maladies du cœur où la digitale est indiquée, hypertrophie, insuffisance et rétrécissement aortique, l'alcoolature de racines d'aconit, calmant du cœur, mitigera l'action de la digitale.

(*D'après une leçon clinique de M. J. Simon.*)

CHRONIQUE

— Nous sommes heureux d'apprendre que notre confrère, le Dr Belugou, adhérent du *Concours médical*, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Une jeune fille électrique. — On sait depuis longtemps, dit le *Phrenological Magazine*, que certaines personnes sont fortement électriques, c'est-à-dire quelles sont à un tel point chargées d'électricité qu'elles peuvent donner des chocs comme le font la gymnote et d'autres poissons.

Le cas de la jeune fille électrique de Londres (Canada) est cependant le plus extraordinaire dont nous ayons connaissance. Elle a été malade pendant deux ans, mais elle est maintenant en bonne santé. Les médecins ne pouvaient pas s'expliquer ce qu'elle avait, mais depuis sa guérison elle semble être une batterie ambulante.

A moins d'être très nerveux, personne ne peut lui toucher la main, ni mettre sa main avec la sienne dans un seau d'eau. En joignant les mains, elle peut donner un violent choc à quinze ou vingt personnes se trouvant dans une chambre, et elle possède le pouvoir d'attraction de l'aimant.

Si elle veut saisir un couteau, la lame lui saute dans la main, et des aiguilles, renfermées dans leur enveloppe de papier, restent suspendues au bout de ses doigts.

Si elle entre dans un salon, toutes les personnes présentes éprouvent une influence perceptible ; les unes sont assoupies, d'autres indisposées et énervées jusqu'à son départ.

Un enfant s'éveille à son approche, mais une légère caresse de sa main le rendort de nouveau.

Les animaux sont également sujets à être influencés par elle, et le chien favori de la maison reste des heures entières à ses pieds aussi immobile que s'il était mort. Ce cas est réellement trop extraordinaire, croyons-nous, pour que les savants spécialistes américains ne s'empressent pas de l'étudier et de l'expliquer si c'est possible — et si c'est vrai, pourrait-on ajouter.

Liste des médecins consultants aux diverses stations thermales.

Dr Lagarde, Vals-les-Bains, Ardèche.
Dr Chabory, au Mont-Dore. Puy-de-Dôme.
Dr Moinet, à Cauterets, Hautes-Pyrennées.
Dr Caubassèdes, inspecteur à Cauvalat (sulfurées sodiques) près le Vigan, Gard.
Dr Breton, au Mont-Dore.
Dr Noir, de Brioude, consultant à la Bourboule,
Dr Evrard d'Orsennes, à la Bourboule.
Dr Duboureau à Cauterets.
Dr Grelletty, à Vichy, Allier.
Dr Barry, villa Murat à Royat, Puy-de-Dôme,
Dr Greuelle, directeur de l'établissement hydrothérapique à Gérardmer, Vosges.
Dr Dumas-Aubergier, médecin inspecteur à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.
Dr Fraîche, médecin consultant à Aulus, Ariège.
Dr Debout d'Estrée, médecin inspecteur à Contrexéville, Vosges
Dr Bibart, médecin consultant à Enghien, Seine-et-Oise.

Dr Souligoux, médecin consultant à Vichy, Allier.
Dr Bertrand, inspecteur à Sail-sous-Couzan, Loire.
Dr Lambrou, à Luchon, Haute-Garonne.
Dr Bougard, à Bourbonne-les-Bains, Haute-Marne.
Dr Décujis, directeur de l'établissement hydrothérapique à Bessé-sur-Yssale, Var.
Dr Salmon, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.
Dr Poché, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.
Dr Odin, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains, Nièvre.
Dr Joubert, médecin inspecteur à Gréaulx, Basses-Alpes.
Dr Cazenave de la Roche aux Eaux-Bonnes, Basses-Pyrénées.

Nous apprenons que la Compagnie des Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée organisera, à l'époque des vacances scolaires, un *Train de plaisir de Paris à Venise*, avec excursion aux lacs Majeur et de Côme.

Ce train sera mis en marche vers la fin d'août ou le commencement de septembre; il coïncidera avec l'Exposition des beaux-arts de Turin, et permettra en outre de visiter les villes de Milan, Vérone et Padoue.

Le prix du voyage, aller et retour, en 2e classe, sera de 96 fr.

Un avis ultérieur fera connaître la date exacte du départ de Paris.

*
* *

CHEMINS DE FER DE L'OUEST. — *Excursions sur les côtes de Normandie et de Bretagne.* — Billets valables pendant un mois.

1er Itinéraire : Paris au Havre et à Dieppe, 50 et 38 fr.

2e Itinéraire : Paris à Caen, par le Havre et Trouville, 60 et 45 fr.

3e Itinéraire : Paris à Cherbourg, 80 et 65 fr.

4e Itinéraire : Paris à Saint-Malo, par Granville, 90 et 70 fr.

5e Itinéraire : Paris à Saint-Malo, par Cherbourg, 100 et 80 fr.

6e Itinéraire : Paris à Brest, 120 et 100 fr.

Trains dits de bains de mer, du samedi au lundi inclusivement.

CORRESPONDANCE

— Plusieurs de nos confrères nous ont exprimé le désir de nous voir entrer en relations avec un *Cabinet de lecture* qui puisse faire des envois en province et obtenir, en parlant au nom de tous les adhérents du Concours, des conditions de prix et des facilités de nature à leur permettre de contracter les abonnements. — Nous sommes en pourparlers, à ce sujet, avec l'établissement le plus important de Paris, et informerons incessamment nos lecteurs du résultat de nos démarches.

— Dr T., 645 (Tarn), 4 août.
A l'avenir, prière de vous adresser directement aux fournisseurs. Votre lettre transmise a dû recevoir une réponse immédiate. Mais ce sont toujours des pertes de temps. Si au moins vous aviez profité de votre lettre pour nous communiquer vos idées et vos désirs sur tant de sujets pour lesquels il nous importe d'être éclairés sur les sentiments de nos confrères et notamment sur les modes de concours qui jusqu'ici ont été dans leur pouvoir. On ne saurait trop nous renseigner sur ce dernier point.

— Dr C., à C. (Hautes-Pyrénées), 5 août.
Nous sommes heureux de votre adhésion. Nous n'avons pu trouver la cause de ce double envoi. On recherchera de nouveau. Nous attendons la visite promise.

— Dr R., à T. (Charente-Inférieure).
Reçu la somme. Pourquoi tant de laconisme. Vous aussi, nouveau venu, devez avoir à nous renseigner et vous renseigner.

— Dr H., à A. (Ardennes), 5 août.
Nous vous avons adressé de nouvelles lettres. La somme est donc bien élevée, puisque vous parlez d'un à-compte aussi important?

— Dr C., 179, à G., 5 août.
« *Vous recevez de nombreuses adhésions; l'accroissement de notre nombre prouve que le* Concours *répond à un besoin réel. Nous avons bien des revendications à exercer; pour être en état de le faire avec succès, il faut que chacun de nous s'étudie à favoriser le développement matériel de notre œuvre, donner à sa publicité toute la valeur que comporte la faveur médicale pour les produits adoptés, recourir en toutes circonstances à nos fournisseurs et Compagnies communes. Quant à moi, je me fais un devoir de ne pas y manquer, etc...* » Les lettres comme les vôtres sont précieuses. On annonce votre ouvrage. Vos articles de thérapeutique seront les bienvenus; ils devront être dans la mesure de notre cadre et de nos besoins pratiques.

— Dr M., à M. (Vendée), 5 août.
Vous dites : « *Pourquoi les malades atteints de fracture de la jambe souffrent-ils si vivement du talon.* » L'explication la plus acceptée consiste dans la compression prolongée. L'éponge ou le coussin à air, généralement, la suppriment. Mais nous rechercherons ce qui a été publié à ce sujet.

— Dr R., à A. (Allier), 7 août.
« *Il serait souhaitable que, grâce aux syndicats, les communes de France en vinssent à procéder comme en Espagne. Les bureaux des associations locales peuvent fournir actuellement des renseignements aux jeunes confrères, sur les situations médicales vacantes. Celles qu'annoncent quelques journaux sont souvent fictives. Dans une commune un pharmacien, en mauvaise intelligence avec les deux praticiens de la localité, a fait annoncer récemment un poste médical qui ne serait qu'un déboire absolu; de là des déplacements bien onéreux.* » Cette création des syndicats s'imposera de plus en plus chaque jour. Les gens de lettres sont arrivés à un accord parfait et très-fructueux. On leur avait prédit à satiété l'insuccès de leur tentative. On nous en dit autant, avec aussi peu de fondement. Vous êtes inscrit dès ce moment.

— Dr M., 719 (Yonne), 8 août.
Inscrit le Dr C. Envoyé les documents au Dr T. et à vous le numéro réclamé.

— Dr J., à C. (Oise), 8 août.
Merci de l'information et compliments.

— Dr R., à L., par L., 8 août.
Le tableau que vous voulez bien nous communiquer nous sera bien utile. Votre position de dignitaire de la société locale, vous met en situation de nous procurer des adhérents, qui seront certes les bienvenus, en votre nom.

— Dr G.-M., 672.
Vous avez obtenu un remarquable succès dans ce cas de présentation de l'épaule. Il vous fait grand honneur et démontre que l'appel tardif, par les sages-femmes et les matrones, à notre intervention, coûte la vie à nombre d'enfants.

— Dr G., à P. (Doubs), 10 août.
Fait la rectification.

— Dr C.-L., à St-M. (Gironde).
Nous ne voyons pas de difficulté. Nous ne mettrons à exécution que dans quelques temps. Nous écrirons.

— Dr B., 44 (Gironde).
Inscrit le Dr P. Nous comptons sur ses communications et les vôtres. Vous trouverez des renseignements sur le médicament, dans le traité des maladies nerveuses de Hammond.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 34 21 août 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Tillaux a présenté mardi dernier à l'Académie de médecine, un malade sur lequel il avait pratiqué, il y a quelque temps, une opération de gastrotomie.

Cet homme, âgé de trente-et-un ans, d'une excellente santé habituelle, se trouvait le 25 mai dernier, vers sept heures du soir, sur le boulevard Bonne-Nouvelle, lorsqu'il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'une douleur dans le ventre tellement violente qu'il dut se courber en deux et rester pendant un quart d'heure environ immobile dans cette position. Au bout d'un quart d'heure, il put rentrer chez lui, toujours courbé en deux et souffrant cruellement. Il essaya de se coucher, mais les souffrances étaient telles qu'il ne pouvait s'empêcher de se rouler par terre, malgré les remèdes calmants qui lui furent administrés. Le lendemain, les souffrances continuèrent avec la même intensité, en dépit de tous les moyens qui lui furent prodigués chez son patron.

Le surlendemain, il se fit transporter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, où l'on constata la présence, dans le ventre, d'une tumeur arrondie, qui fut considérée comme produite par un *rein flottant*.

Le malade rentra chez lui où il resta jusqu'au 15 juin, toujours souffrant des mêmes douleurs et dans l'impossibilité presque absolue d'aller à la garde-robe, malgré les purgatifs et les lavements qui lui furent administrés. La constipation était demeurée opiniâtre depuis le jour de l'accident.

Le 15 juin, le malade se fit transporter à l'hôpital Beaujon, où il fut reçu dans le service de M. Millard qui accepta d'abord le diagnostic *rein flottant* qui avait été porté à l'hôpital Lariboisière. A ce moment les douleurs n'étaient plus continues ; elles se manifestaient par crises revenant toutes les heures, donnant au malade la sensation d'une barre de feu qui lui traversait le ventre surtout lorsqu'il essayait de prendre quelques aliments. Il lui était impossible de rester sur le dos ni sur le côté; il était pris alors de suffocation épouvantable, et il était obligé de se lever et de marcher; il ne pouvait goûter quelques moments de repos qu'en se tenant assis sur son lit, courbé en deux et la tête sur ses genoux.

Cet état dura jusqu'à la fin de juin. Dans cet intervalle, le malade avait été observé par divers médecins ou chirurgiens, particulièrement par M. Léon Le Fort et par M. Tillaux à qui M. Millard avait demandé leur avis. Pour lui, il s'était définitivement arrêté au diagnostic suivant: invagination intestinale chronique.

Le malade, homme très-intelligent, affirmait à diverses reprises qu'il n'avait jamais senti de tumeur dans son ventre, soit en s'habillant, soit en mettant la ceinture qu'il portait habituellement. M. Tillaux se rallia, de son côté, à ce diagnostic, tout en faisant, *in petto*, quelques réserves, puisqu'il n'était pas possible de trouver autre chose.

On fit des applications de courant continu qui parurent d'abord diminuer un peu la tumeur. Tous les moyens usités pour combattre la constipation furent de nouveau employés sans presque donner de résultat.

Ce fut alors que M. Millard pria M. Tillaux

de prendre le malade dans son service. Cet homme n'éprouvant aucun soulagement de ses atroces douleurs demandait avec instance une opération qui le délivrât de ses tortures continuelles, sachant fort bien, d'ailleurs, de quelle espèce d'opération il s'agissait et quelles en pouvaient être les suites.

M. Tillaux, après avoir pris conseil de M. Millard et d'autres confrères appelés en consultation, se décida à pratiquer l'opération. Elle eut lieu le 3 juillet, en présence de MM. Millard, Féréol, Peyraud, etc. Il fit une incision, sur les parois abdominales, assez étendue pour permettre l'introduction de la main tout entière dans la cavité péritonéale, et il alla à la recherche de la tumeur. Il constata aussitôt la présence d'une tumeur siégeant sur le mésentère, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, arrondie, située sur la partie latérale droite du mésentère, allant de la colonne vertébrale à l'intestin. Il devint évident pour M. Tillaux qu'il s'agissait d'un kyste du mésentère. Il ponctionna d'abord la poche avec un trocart, puis la fendit avec le bistouri, et il s'en écoula une matière caséeuse ressemblant à de la crême épaisse. Des fils de catgut furent placés ensuite à la base de la tumeur, puis serrés, et toute la partie située au-dessus de ce pédicule fut réséquée. Il ne resta, au fond, qu'une sorte de petite collerette formée par la constriction des fils.

M. Tillaux toucha le pédicule avec une solution forte d'acide phénique, remit le tout en place et termina par la suture de la plaie abdominale, qui fut recouverte par le pansement phéniqué ordinaire.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses ; les douleurs cessèrent comme par enchantement ; au bout de trois ou quatre jours, la plaie était réunie par première intention.

Depuis cette époque, la guérison est restée complète ; le malade mange, boit et dort, exécute, en un mot, toutes ses fonctions de la façon la plus normale.

C'est là, dit en terminant M. Tillaux, un fait intéressant au double point de la pathologie et de la médecine opératoire.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'elle était constituée par un ganglion lymphatique, contenant une matière grasse ayant la consistance d'une crême très-épaisse.

Nous avons résumé cette communication si intéressante parce qu'elle a un intérêt pratique considérable. Comment une tumeur ancienne du mésentère, après être restée si longtemps indolente devient-elle tout à coup le siége d'atroces douleurs? C'est là une question que la discussion qui a suivi la communication de M. Tillaux n'a pas réussi à résoudre.

Mais il est encore une remarque que nous tenons à faire, elle montre bien la transformation des idées conduit par les progrès de la chirurgie contemporaine. M. Gosselin a été amené à déclarer qu'il admettait que la gastrotomie peut être tentée pour compléter un diagnostic douteux. Comme nous voilà loin de la chirurgie d'il y a seulement vingt ans !

La communication de M. Tillaux a vivement intéressé l'Académie non-seulement par l'intérêt considérable de l'observation même, mais encore par la sympathie qu'inspire vite M. Tillaux à ses auditeurs. Il est impossible de voir un chirurgien de meilleure humeur, et on comprend, en l'entendant parler, la confiance que ses malades doivent avoir en lui. On comprend encore à la clarté de sa parole, à la franchise de ses explications, au désir dont il déborde de vous faire bien saisir ce qu'il dit, le succès de professeur obtenu par lui dans l'amphithéâtre de la Faculté et à Clamart.

Espérons d'ailleurs, que nous pourrons applaudir de nouveau à la Faculté, un des hommes les mieux doués pour le professorat.

REVUE GÉNÉRALE

A propos du pansement ouaté et du pansement de Lister.

Il est certain que le mode de pansement des plaies est une des questions qui a le plus agité notre temps. De grands progrès ont été réalisés en très peu d'années. La recherche, en effet, n'avait jamais été si active, non-seulement de la part du chirurgien, mais encore de celle des hygiénistes, des chimistes et des naturalistes. Il est résulté de ces travaux si nombreux, si intéressants, une certaine hésitation, et un certain trouble dans l'esprit du praticien.

« En apparence, dit M. Verneuil, les méthodes sont dissemblables, les procédés exclusifs, les assertions contradictoires, et la plus grande confusion règne partout. En réalité, le but est le

même, bien qu'on s'y dirige par les chemins les plus divers.

La doctrine actuelle est ainsi résumée par le savant clinicien :

1° Les lésions traumatiques comptent, parmi leurs caractères fondamentaux, la tendance naturelle à la guérison spontanée, en d'autres termes, *leur pronostic est favorable*.

2° Cette tendance, toutefois, peut être entravée, contrariée, détruite par des accidents ayant trois origines distinctes : *la blessure* elle-même, *la constitution du blessé*, *le milieu ambiant*.

3° Ces accidents, si variés qu'ils soient, ont le funeste pouvoir de métamorphoser le blessé en un malade, c'est-à-dire *d'étendre à l'économie tout entière*, le désordre primitivement circonscrit au point lésé. Cette métamorphose survient d'autant plus aisément que le blessé présente, au préalable, un état général moins pur ; mais *dans l'immense majorité des cas, elle part de la blessure elle-même*, porte ouverte aux influences délétères du dehors, ou foyer primitif où s'élabore l'agent de la métamorphose.

4° L'état morbide dans lequel se trouve le sujet métamorphosé, présente la plus grande analogie avec les empoisonnements ; ce qui revient à dire que l'agent de la métamorphose, d'où qu'il provienne, doit être rangé, sans hésitation, *dans la classe des toxiques*.

Ces principes généraux, si simples, doivent servir de base à la thérapeutique des plaies récentes. Il est facile d'en tirer des indications.

Ces indications sont simples aussi, mais on remarquera facilement que cette simplicité est plus réelle au point de vue théorique qu'au point de vue pratique.

Il s'agit de ramener à la normale la santé antérieurement altérée, de placer le sujet dans un milieu aussi pur que possible ; enfin, étant connue la nature toxique des accidents, d'empêcher à tout prix le foyer traumatique de produire, de recevoir et d'absorber le poison (Verneuil).

Les deux premières conditions sont difficiles à réaliser. Il faut prendre le blessé comme il est, et dans le milieu où il vit. Mais les nouvelles méthodes de pansement, nous permettent d'affirmer que le chirurgien pourra s'opposer à la naissance et au développement des germes toxiques. « Sur ce terrain, dit M. Verneuil, nous sommes maîtres et nous pouvons faire beaucoup de bien. »

Nous avons déjà eu l'occasion dans de précédents articles d'examiner le pansement antiseptique dans la chirurgie des articulations. Nous avons l'intention aujourd'hui de revenir sur quelques particularités de ce mode de traitement des plaies et aussi sur le pansement ouaté.

Aussi bien la publication des travaux, mémoires, communications de M. Verneuil nous en fournit l'occasion. Les publications de l'éminent professeur sont d'un intérêt supérieur. Il y a dans l'exposition de ses idées tant de clarté unie à tant de bonne foi, le savant est si bien doublé du critique, qu'il y a grand profit à résumer pour notre profit personnel et celui de nos lecteurs, nous l'espérons, les préceptes contenus dans le monument que M. Verneuil élève à la chirurgie de notre temps.

Et de fait, il est besoin d'un peu d'esprit critique au milieu du dédale des travaux que la chirurgie voit éclore à chaque instant. Il faut vulgariser les idées nouvelles et en faire saisir tout l'intérêt pratique. A ce point de vue, quel meilleur guide pourrait-on avoir que le véritable chef de la chirurgie contemporaine ?

M. Verneuil exprime très-bien l'embarras où doit se trouver le praticien en face des théories nouvelles. « On peut, dit-il, sans avoir d'ailleurs la moindre arrière-pensée de dénigrement, reprocher aux inventeurs de moyens thérapeutiques et surtout de pansements, de présenter toujours leurs procédés *comme applicables à tous les cas et à toutes les régions du corps*, alors pourtant que rien n'est moins vrai dans la pratique. »

Ce qu'il faudrait ce serait de dresser la liste des cas où chaque méthode nouvelle est applicable.

Faute d'être renseignés sur le choix à faire dans un cas donné, les jeunes praticiens payent malheureusement les frais de leur instruction.

Un exemple bien frappant est choisi par M. Verneuil pour montrer la vérité de ce qui précède, il s'agit du traitement des *contusions* et *des plaies contuses du pied*.

Moins communes, mais plus graves que celles de la main, ces lésions peuvent devenir le point de départ de complications dont les conséquences sont souvent désastreuses. On observe à leur suite des inflammations et des fusées purulentes. Les pertes de substances primitives ou secondaires, le sphacèle, par exemple, y sont particulièrement fâcheuses parce qu'elles déterminent des cicatrices vicieuses qui rendent plus tard la marche difficile.

La guérison est lente et, quelquefois, dès que le malade commence à marcher la plaie se rouvre, aussi la chirurgie conservatrice compte-t-elle moins de partisans pour le pied que pour la main. On est plus volontiers disposé à proposer des amputations partielles primitives faites dans le but d'éviter des mutilations secondaires regardées

comme presque inévitables par beaucoup de chirurgiens.

Il serait donc d'une grande importance d'avoir à sa disposition un mode de pansement qui mettrait le chirurgien à l'abri des dangers consécutifs à ces accidents.

Sous l'empire de cette préoccupation, M. Verneuil essaya les moyens qui réussissent d'ordinaire fort bien pour la main : les applications froides, l'irrigation continue, les émollients, les antiseptiques, la position élevée, etc. Or, jamais les complications inflammatoires n'étaient évitées.

Les observations de l'éminent clinicien sont pleines d'enseignement.

Ainsi, dans les contusions du pied sans plaie, il n'est pas rare de trouver de larges places où la peau contuse est soulevée par le sang épanché, refroidie et presque insensible. La mortification est imminente. Dans des cas pareils des applications froides faites avec une vessie pleine de glace n'eurent aucun bon résultat, le sphacèle envahit le pied et l'amputation devint nécessaire.

Une autre fois, découragé de ce résultat, M. Verneuil fit usage de cataplasmes arrosés de laudanum. Le gonflement augmenta et il se forma un abcès.

La perplexité du chirurgien était aussi grande dans les plaies contuses. L'irrigation continue était de tous les procédés le plus ordinairement efficace malgré la gêne éprouvée par le malade et la difficulté de l'application.

En hiver la température est maintenue difficilement à un niveau constant, nécessaire pour éviter les refroidissements. Il fallait encore un temps, relativement considérable, pour amener la plaie au point où l'on pouvait sans danger supprimer l'irrigation.

Le pansement par occlusion de Chassaignac donnait, dans quelques cas de peu de gravité, de bons résultats, mais il était impuissant dans les cas graves.

Lorsque les os et les articulations du tarse ou du métatarse étaient intéressés, ces plaies constituaient une lésion aussi grave que les fractures compliquées de la jambe.

Ce pronostic, on peut le dire, a été entièrement modifié par le pansement ouaté, qui a rendu tout à fait simple et satisfaisant le traitement des plaies en question.

M. Verneuil a employé le pansement d'Alphonse Guérin, dans des cas fort nombreux et fort différents et toujours il en a obtenu d'excellents résultats. Depuis plusieurs années, dit-il, je n'ai pas eu une occasion de pratiquer une amputation partielle du pied pour lésion traumatique.

Sous ce pansement, le travail de réparation s'accomplit, la gangrène fait sa part sans réaction aucune et sans douleur. Parfois le chirurgien est surpris de constater l'étendue des désordres : articulations ouvertes ou fracassées, gaînes ouvertes, etc., sans qu'il y eût même d'élévation thermométrique.

Ce n'est pas que ce mode de pansement soit capable de faire revivre des tissus frappés de mort, mais plus que tout autre moyen il sauve les tissus déjà compromis.

C'est ce qu'on peut expliquer de la façon suivante : la vitalité de la peau est compromise après les contusions par plusieurs facteurs : la distension par les épanchements sous-jacents, le refroidissement par l'action de l'air ou des topiques; puis le développement d'une inflammation qui amène toujours l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux.

Or, l'appareil ouaté arrête les épanchements sous-cutanés et les fait même disparaitre assez promptement ; il entretient une température constante et assez élevée, très-favorable au retour du sang dans les parties momentanément ischémiées; il est, enfin, très-évidemment anti-phlogistique en empêchant un afflux trop considérable du sang vers les parties blessées ; à tous ces titres il est capable de diminuer les chances de sphacèle (Verneuil. — Vidal. *Thèse de Paris, 1872*).

Voilà donc des cas où, sans conteste, le pansement ouaté est seul capable de rendre service. Les indications sont nettes et précises et le doute n'est plus permis.

Dans l'*ongle incarné* une des difficultés du traitement est la longueur de la cicatrisation. Là encore, le pansement ouaté a donné de merveilleux résultats. Avec les moyens ordinairement mis en usage, la plaie mettait environ quinze jours à se cicatriser, à la condition que le malade garde le repos absolu. Les pansements étaient, au moins dans les premiers jours, fort douloureux.

M. Verneuil enlève l'ongle à l'aide de l'anesthésie locale; il lave rapidement la plaie avec de l'eau phéniquée, et il applique vite une bottine d'ouate montant un peu au-dessus de la cheville et de deux bons travers de doigt d'épaisseur. Une bande méthodiquement roulée maintient le tout; les douleurs cessent très-vite.

Dès le troisième ou le quatrième jour, le malade peut marcher dans sa chambre; le huitième jour l'appareil est enlevé et dans la grande majorité des cas la guérison est complète.

Ces exemples suffisent à montrer les avantages du pansement ouaté. On remarquera que, même en

employant ce mode de pansement, le chirurgien met en pratique quelques procédés de la méthode antiseptique.

Nous poursuivrons cette revue, car il est nécessaire, dans l'état actuel de la question, de profiter des résultats acquis et de mettre à profit les magnifiques résultats obtenus, grâce aux nouveaux mode de pansements des plaies.

(*A suivre*). Dr P.

TRAVAUX ORIGINAUX

I. — Epidémie de fièvre muqueuse à forme thoracique grave.

Le 14 novembre 1879, je fus appelé auprès d'un malade présentant tous les symptômes d'une forte courbature (douleurs lombaires, nausées, céphalalgie, etc.). J'ordonnai le traitement usité en pareilles circonstances. Mais le lendemain, je trouvai le patient en proie à tout le cortége des symptômes de la pneumonie. Je prescrivis : vésicatoires camphrés, potion kermétisées, infusions béchiques. Le 17, la pneumonie avait cédé pour faire place à une fièvre muqueuse débutant par une diarrhée verdâtre.

J'essayai d'abord, en raison de la faiblesse produite par la pneumonie, de simples lavements purgatifs, associés à des frictions mercurielles belladonées sur le ventre, que l'on recouvrait également de cataplasmes de farine de graine de lin.

Au bout de deux jours de ce traitement, c'est-à-dire le 19, résultat nul, pour ne pas dire aggravation. C'est alors que j'administrai un purgatif et pour ne pas fatiguer mon malade, je choisis le protochlorure de mercure et encore l'administrai-je à doses fractionnées. En même temps, je ne tolérai au malade que quelques cuillerées de bouillon maigre de temps en temps dans la journée, et de la tisane de graine de lin. Continuation des frictions et des cataplasmes.

Le 20, je trouvai le malade mieux, et l'on m'apprit qu'il avait eu la veille plusieurs selles vertes. Continuation de calomel pendant quatre jours. Le 25, les selles étant devenues jaunâtres, je suspendis le calomel et j'autorisai le malade à prendre un œuf trois fois par jour.

L'amélioration se continue, et tous les jours j'augmentais la nourriture, jusqu'au 10 décembre, où le malade entra en pleine convalescence.

Ce cas fut le premier d'un grand nombre d'autres qui se sont succédés, avec assez de rapidité, pendant le courant du mois de décembre 1879, janvier, février et mars 1880. L'affection sévissait aussi bien sur les grandes personnes que sur les enfants, et le début était toujours une pneumonie simple ou double, ne présentant aucun des symptômes de la pneumonie franche. Cependant, il fallait se défier de ces signes bénins, car, sans intervention active, la pneumonie marchait avec une rapidité effrayante et se terminait invariablement par la mort. C'est, du reste, ce qui est arrivé à plusieurs de mes confrères, qui, appelés vers le troisième ou le quatrième jour, trouvaient le malade à l'extrémité.

Quoi qu'il en soit, pour moi, lorsque j'arrivais, que j'eusse trouvé des signes de pneumonie ou non, j'appliquais des vésicatoires et ordonnais une potion kermétisée et lorsque l'affection revêtait le caractère de fièvre typhoïde je prescrivais : Frictions sur l'abdomen quatre fois par jour, avec onguent napolitain belladoné, toutes les heures une prise de 10 centigr. de calomel pour l'adulte, et 5 centigr. pour les enfants, et cela pendant quatre, cinq, six jours ou plus, jusqu'à ce que les matières, de vertes qu'elles étaient fussent devenues jaunes.

Grâce à ce traitement, sur cent vingt malades environ que j'ai vus, tant adultes qu'enfants, je n'en ai perdus que deux, j'attribue leur mort au trop grand empressement qu'ont mis les parents à donner de la nourriture solide. Dans un de ces cas, il survint une péritonite avec phénomènes cérébraux, qui entraînèrent le patient dans l'espace de quarante-huit heures.

II. — Rétroversion de la vessie

Le 11 janvier 1880, je fus appelé dans le chef-lieu d'une petite commune voisine de mon domicile, pour donner des soins à une femme qui, me dit-on, était tombée et s'était blessée au ventre. A mon arrivée, on me raconta que cette femme, âgée de 67 ans, avait glissé sur le sol couvert de verglas et qu'elle était tombée sur le ventre. Elle se plaignait de douleurs très-vives dans cette région et éprouvait une grande difficulté pour uriner et pour aller à la selle. Il y avait déjà sept heures que l'accident était survenu.

A l'examen, je trouvai, en effet, du ballonnement et de la dureté du ventre, ainsi qu'une chaleur très-intense; et pendant que je faisais mon examen des nausées survinrent, suivies d'une régurgitation de matières bilieuses.

La malade ne pouvant pas uriner, j'essayai alors de pratiquer le cathétérisme sous les couvertures. Mais surpris de trouver entre les deux cuisses, au niveau de la vulve, une tumeur volumineuse, je soulevai la couverture et constatai, à travers l'ouverture de la vulve, une tumeur oblongue de la grosseur d'une tête d'enfant nouveau-né, d'aspect rugueux et plissé, d'une consistance assez considérable, quoique cédant à la pression du doigt, indolente, et d'une coloration rouge foncé. J'essayai de passer le doigt autour du pédicule présumé, mais je ne pus y arriver, et je regardai de prime abord, cette tumeur comme étant un polype pédiculé venant de l'utérus.

Prenant alors ma sonde de femme, j'essayai de l'introduire dans le méat urinaire; mais après avoir pénétré l'espace de deux centimètres environ, elle rencontrait un obstacle impossible à franchir, et l'urine ne sortait pas. Je recommençai plusieurs fois, même résultat négatif. Je pris alors une sonde d'homme et, à ma grande surprise, elle glissa aisément, je vis

l'urine s'écouler et la tumeur se vider à mesure, tant et si bien que lorsqu'elle fut vidée, je pus passer le doigt tout autour et trouvai de chaque côté deux petits cordons lisses accolés aux parois. Je pus même réduire la tumeur et la faire rentrer dans le vagin; mais elle en ressortit aussitôt.

Je me trouvai donc en présence d'une rétroversion de la vessie avec chute entre les jambes.

Je demandai alors des explications sur ce fait à la malade. Elle me raconta qu'une vingtaine d'années auparavant, elle s'était également frappée au bas-ventre, et qu'elle avait senti une espèce de craquement. Depuis cette époque, elle avait vu de jour en jour augmenter une grosseur qui lui descendit entre les jambes, mais que depuis dix ans environ, elle était dans le même état. Elle n'avait consulté aucun médecin à ce sujet, seulement, elle ajoute que, en temps ordinaire, lorsqu'elle voulait uriner, elle était obligée de soulever sa grosseur avec la main et de la repousser en arrière.

Essayer d'établir un appareil contenteur eût été perdre son temps à ce moment-là, car la péritonite à laquelle elle était en proie amena la mort trois jours après. L'autopsie n'a pu être faite.

Dr Hospital,

Anurie ayant duré du 24 avril au 3 mai. Guérison.

Le 26 avril 1875, j'étais appelé auprès d'un homme âgé de cinquante-cinq ans, qui n'avait pas, me dit-on, uriné, depuis la nuit du 24 au 25 avril. A mon arrivée, je trouve le malade couché, légèrement surexcité. Les douleurs étaient modérées ; à la palpation le ventre était peu sensible ; pesanteur du bas-ventre, le pouls a 84 pulsations. Je percute la vessie avec le plus grand soin : je ne la trouve nullement développée, je sonde le malade, pour éclairer mon diagnostic. Le cathétérisme se pratique sans difficulté et la sonde pénètre dans la vessie, sans faire éprouver la moindre douleur. Comme la percussion me l'avait indiqué, je ne retire pas d'urine. Au toucher rectal, on ne trouve pas d'épaississement de la prostate ; la vessie est faiblement contractée sur le bec de la sonde. Les reins percutés avec soin ne sont pas augmentés de volume.

Voulant tenter d'amener la diurèse, je prescris six granules de scilitine à 0,001, tisane au chiendent nitré, un grand bain et avant de commencer ce traitement, je fais prendre au malade 40 grammes de sulfate de magnésie, pour vaincre tout d'abord un léger état saburral des voies digestives ; bouillons et potages.

Le 27, le malade est sensiblement dans le même état ; pas d'urine dans la vessie. Le pouls varie de 80 à 84 pulsations. Même traitement, moins le sulfate de magnésie. Bouillons et potages. Le 28, le malade présente les mêmes symptômes ; il accuse à peine quelques souffrances ; le pouls est tombé à 72 pulsations. Même traitement, une côtelette.

Le 29, le pouls est à 72 ; l'anurie persiste. M. X. accuse quelques coliques et de petits frissons, l'appétit est moins bon, potages et bouillons, même traitement. En présence d'un fait clinique aussi bizarre, pour mettre ma responsabilité à couvert, je demande une consultation.

Le 30, je vois le malade en compagnie du docteur Eunisset, qui exerce la médecine depuis trente-huit ans. A notre visite le malade est dans le même état que la veille, le pouls est à 72 pulsations, mais il y a eu pendant, la nuit du 29 au 30, un violent accès de fièvre. Mon confrère examine M. X. avec la plus grande attention; il pratique le cathétérisme combiné avec le toucher rectal et constate comme moi qu'il n'y a pas d'urine dans la vessie ; qu'elle est flasque et retractée sur la sonde. Le même traitement est continué ; mais nous ajoutons 0, 80 centigrammes de sulfate de quinine, pour prévenir le retour de la fièvre d'accès que nous attribuons au cathétérisme.

Le samedi, 1er mai, M. X. est dans le même état; seulement il n'y a pas eu d'accès de fièvre. Le pouls donne 70 pulsations ; même traitement moins le sulfate de quinine. Potages et bouillons.

Le 2 mai le malade présente les mêmes symptômes; l'anurie persiste ; 70 pulsations ; le traitement est continué.

Le 3 mai, au moment de ma visite, qui a lieu à huit heures du matin, on me présente un vase de nuit contenant 2 litres 200 grammes d'urine et l'on me dit que ce liquide a été rendu depuis les deux heures du matin. Malgré l'apparition des urines, M. X., au lieu de se trouver mieux, éprouve une faiblesse beaucoup plus grande que les jours précédents. Le pouls est tombé à 60 pulsations. Je prescris des aliments réparateurs : bouillons concentrés, tapioca à la viande, vin généreux, potion à l'extrait de quinquina, au sirop d'écorces d'oranges amères.

Le 4, le 5, le 6, je visite le malade ; il urine bien; ne souffre pas ; selon son expression, les forces ne veulent pas revenir.

Le 8 je vois M. X. pour la dernière fois ; il se trouve beaucoup mieux, il peut se lever, l'appétit revient; je lui ordonne une bonne nourriture, et l'engage à continuer la potion au quinquina.

Je vous livre cette observation sans y ajouter de commentaires, craignant, M. le Directeur, d'en atténuer l'originalité, en me livrant à des hypothèses plus ou moins problématiques.

Dr Alph. Mouchot, *de Commarins.*

Rétention d'un fœtus mort pendant plus de deux mois. — Avortement. — Suites favorables.

Le 13 juillet, je suis appelé à E... pour donner mes soins à Mme C... Il s'agit, me dit la personne chargée de venir me chercher, d'une fausse couche probable, car la malade qui est dans son septième mois de grossesse, souffre depuis cinq heures du matin et perd du sang.

Il est six heures du soir, lorsque j'arrive au chevet de Mme C... Elle vient d'expulser, devant la sage-femme qui l'assiste depuis le matin, un fœtus âgé de quatre mois à peine; en même temps est sorti le placenta avec les membranes bien complètes. Très-peu de sang s'écoule après la délivrance.

La malade est tranquille, la figure bonne, le pouls ne dépasse pas quatre-vingts. L'utérus est parfaitement revenu sur lui-même, et très-dur.

Mme C.. peut elle-même me renseigner sur les différentes phases et les particularités de sa grossesse.

Elle a vingt-quatre ans et en est à sa troisième grossesse. Ses deux premiers enfants vivent, l'un a trois ans et demi, l'autre dix-huit mois. De taille moyenne, bien conformée, ses couches antérieures ont été heureuses. Les règles n'ont pas reparu depuis le 14 décembre, elle a grossi, éprouvé des malaises, des vomissements jusque vers les premiers jours de mai, époque à laquelle le ventre a cessé d'augmenter; les seins sont revenus à leur état normal après avoir augmenté au début. A partir de cette époque, les malaises et les vomissements ont disparu, comme par enchantement, et le retour à la santé a été complet. Elle n'a jamais senti remuer. Vers le milieu de juin, elle a remarqué, à différentes reprises, que sa chemise était maculée de taches jaunâtres provenant d'un écoulement séreux. Elle n'avait ajouté aucune importance à ce fait, elle avait seulement constaté que son ventre cessait non-seulement d'augmenter, mais devenait plus mou. J'ai insisté pour savoir s'il n'y avait pas eu, à cet avortement, quelque cause occasionnelle violente, je n'ai rien pu obtenir à cet égard.

A cinq heures du matin les douleurs l'ont prise et se sont succédées sans relâche et avec une intensité croissante, tout le reste de la journée. Il s'écoulait du sang par la vulve. Voyant que le travail n'aboutissait pas et redoutant une hémorrhagie, la sage-femme s'était décidée, à quatre heures du soir, à invoquer le secours d'un médecin.

Le fœtus qui m'est présenté est complètement macéré, il est flasque, la peau est ridée, les parties molles du thorax dessinent les côtes, l'abdomen est affaissé, la tête s'aplatit sur elle-même sous l'influence de la pesanteur; sa longueur totale est de 16 centimètres environ. Le cordon est exsangue. Le placenta mesure 8 centimètres de diamètre, il est relativement épais et dur. Sur sa face utérine se voient encore quelques rares vaisseaux gorgés de sang noir et des caillots. Le reste du tissu placentaire est complètement exsangue.

Aucune mauvaise odeur à signaler dans les produits expulsés. Mme C... a été promptement rétablie.

Réflexions. — Si j'ai tenu à publier cette observation dans le *Concours Médical*, c'est qu'elle me paraissait renfermer quelques points assez curieux concernant la pathologie de la grossesse.

— Il est certain que la mort du fœtus remonte aux premiers jours de mai; ce qui fait que ce corps étranger a séjourné plus de deux mois dans la cavité utérine sans causer de préjudice pour la santé de la mère. La circulation dans le placenta a diminué petit à petit, et c'est quand elle est devenue presque nulle, bornée qu'elle était aux petits vaisseaux signalés à sa surface utérine, que les contractions ont commencé.

— Le peu de sang écoulé pendant et après le travail nous démontre l'inocuité, pour la mère, de ce genre d'avortement.

— La cessation des vomissements, le retour à la santé complète à partir du moment où le fœtus cesse de vivre est un fait signalé par les auteurs et que vient confirmer notre observation.

— Le travail qui a duré plus de douze heures a été relativement long, car les contractions étaient énergiques et fréquentes. Je crois qu'on peut donner à ce fait l'explication suivante : tant que le placenta a eu quelque adhérence avec l'utérus, ce dernier a épuisé ses contractions sur un fœtus aussi mou qu'une éponge; ce n'est que lorsque les contractions ont pu s'exercer sur le placenta décollé et présentant une densité beaucoup plus grande que le fœtus, qu'elles sont devenues efficaces et ont amené l'expulsion. Le vrai travail de l'accouchement s'est effectué sur le placenta.

Dr Paul Lebrun, *Bar-sur-Aube.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Monsieur et très-honoré Confrère,

Je réponds à votre appel et vous transmets quelques réflexions sur plusieurs des questions professionnelles que vous avez si justement soulevées.

Je n'adopte pas, pour ma part, l'idée d'abonnement. M. le Dr Landry, dans le numéro 26 du *Concours Médical*, en a montré tous les inconvénients, et je ne saurais mieux dire. C'est la révision des tarifs qui doit, selon moi, être tentée, et avec un peu de bonne volonté, ce but peut être atteint. Mes deux confrères et moi (nous sommes trois praticiens dans notre petite ville) avons établi un tarif, — dont je vous adresse un exemplaire, — qui n'est au reste que la reproduction légèrement modifiée, par suite des conditions où nous nous trouvons, de celui qui fut adopté par la Société de secours mutuels de notre département en 1878; nous y avons joint un tarif spécial pour les voyages faits en dehors de notre localité, en prenant, en général, comme base le prix de un fr. par kilomètre parcouru.

La création d'un syndicat entre les médecins de notre canton est admise en principe : elle existera de fait quand le *Concours* nous l'aura facilitée par les documents qu'il a promis de publier.

Mais il nous reste à trouver le moyen de percevoir nos honoraires. Pour cela, je proposais à mes confrères de s'engager à remettre, à la fin de chaque année par exemple, la note des clients qui n'auraient pas payé à une personne, agréée de tous,

laquelle se chargerait moyennant un tant pour cent, *et, à ses risques et périls*, de faire rentrer les sommes dues, ou de nous représenter en justice si besoin était. Nous éviterions ainsi bien des démarches ennuyeuses. Je voudrais enfin que, dans notre réunion syndicale, la liste des personnes qui ne veulent pas payer et qui le peuvent notoirement, fût donnée à chacun de nous.

Il me paraîtrait juste aussi d'adopter, pour nos rapports entre médecins, les réglements *de MM. les médecins de la Nièvre* (*Concours Médical*, p. 198.) Mais les articles 3 et 5 me semblent inadmissibles. Un malade a le droit de changer son médecin, voilà, je crois, un principe indiscutable. Je puis aller voir un malade soigné déjà par un confrère, quand la famille refuse, sur ma demande, de l'appeler en consultation avec moi. Mais je me crois obligé d'informer mon confrère à la première occasion. Si, demandé une ou plusieurs fois en consultation, je me vois préféré ensuite par le malade ou la famille au médecin habituel, je dois faire comprendre qu'il vaudrait mieux que les mêmes soins fussent continués et dire de mon confrère le plus de bien possible. Si l'on insiste, je suis libre de ne pas refuser de donner, seul, les soins qu'on réclame, mais je dois encore prévenir mon confrère. La confiance du malade n'est-elle pas le meilleur auxiliaire d'une bonne thérapeutique? Je n'ai pas besoin d'ajouter que le médecin qui, dans n'importe quel cas, met en œuvre, pour supplanter un confrère, des moyens inavouables, n'est qu'un malhonnête homme vis-à-vis duquel il n'y a pas de ménagements à garder, et qu'on ne doit jamais voir en consultation.

Ne croyez-vous pas aussi que la publication du projet sur l'assistance médicale dans les campagnes de M. le Dr Théophile Roussel, ou celle du système d'assistance médicale dit *Landais*, (que je ne connais que pour savoir qu'il est mis en pratique dans plusieurs départements,) pourrait être utile à beaucoup d'entre nous en favorisant peut-être ainsi la création de nouveaux centres d'assistance pour les indigents. Ce serait un moyen indirect de nous protéger.

Agréez, etc. Dr Mignen.

Nous désirons répondre à quelques-uns des points que touche la lettre de M. le Dr Mignen.

1° Un des plus grands ennuis de notre profession sera supprimé, le jour où, d'une façon générale, le médecin réclamera ses honoraires par l'envoi d'une formule imprimée libellée comme suit :

M. j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien faire acquitter les honoraires dont vous n'êtes redevable, pour soins donnés à votre famille, dans le courant de l'année
Ils s'élèvent à la somme de .

Vous savez que mes occupations ne me permettent pas de m'occuper de ces recouvrements. Je vous serais obligé d'en remettre le montant, comme d'habitude, à mon mandataire, M. que j'autorise à vous en donner reçu en mon nom.

Agréez, etc.

Inutile d'insister sur les avantages de ce mode de procéder. Les fatigues des visites journalières ne sont rien, comparées à la corvée du recouvrement des honoraires.

Nous trouvons toujours un excellent prétexte pour nous y soustraire, en retarder l'accomplissement, et les mois et parfois les années s'écoulent, avant de nous y résigner. Un intermédiaire ferait régner l'ordre et la règle, là où notre négligence nous est si préjudiciable.

2° Les règles de la déontologie médicale ne peuvent être absolues. Un médecin honnête saura toujours concilier l'application des règles acceptées, avec le respect de la liberté qui doit être laissée au malade.

La confiance que le public nous accorde se compose d'éléments si futiles, que notre amour-propre ne devrait jamais être engagé. Il est bien évident que le médecin qui a surpris les signes du défaut de confiance du malade, doit être le premier à faciliter le changement qu'il souhaite ; une situation délicate reçoit alors son dénouement normal. Aucun des deux praticiens en cause n'y perdra, en définitive, puisqu'une situation analogue et dans des conditions opposées, pourra se représenter au premier jour. *Ne pas nous offrir*, *ne pas nous imposer ;* voilà les deux règles qui résument toute la déontologie professionnelle.

3° Nous publierons quand l'espace nous le permettra le *projet Théophile Roussel*, et les éléments de l'assistance médicale, *système Landais.*

II

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, par les membres des communautés religieuses.

Quel résultat peut-on attendre des enquêtes ordonnées par le garde des sceaux?

Nous recevons d'un de nos confrères la lettre suivante qui nous a semblé curieuse à plusieurs égards. La lettre est signée d'un nom qui nous est personnellement connu, nous pouvons donc garantir l'entière authenticité du fait qu'elle signale.

Mon cher confrère,

J'ai lu, dans le dernier numéro du *Concours*, que les pouvoirs publics allaient enfin s'occuper de la question de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, par les membres des communautés religieuses. Cette nouvelle m'a causé une certaine satisfaction, mais je suis obligé d'avouer

que ma confiance est bien modérée, vis-à-vis des enquêtes qui, paraît-il, ont été prescrites.

Voulez-vous me permettre de vous conter, par le menu ; une de ces enquêtes ?

C'était en 1876, j'avais été, malgré ma patience, poussé à bout par les agissements des sœurs de C..., village voisin de ma résidence.

L'école congréganiste, qui, depuis plusieurs années, avait été installée dans le but de supplanter l'école laïque, était peu prospère : sur la cinquantaine de fillettes que compte C..., tous les moyens de séduction employés par les religieuses n'avaient attiré que quinze élèves environ, — résultat médiocre au bout de quatre années d'efforts, résultat surtout bien insuffisant pour assurer la vie quotidienne de deux femmes.

Il fallait vivre... on se procura des médicaments et on se mit en devoir de les écouler.

Les faits ayant pris la proportion d'un scandale, je crus devoir avertir le Procureur de la République, demandant, non pas des poursuites, mais une admonestation qui fît cesser de tels agissements.

J'avais offert de faire la preuve des faits que je signalais; je m'attendais donc à être mandé au parquet.

Je reçus simplement la visite du juge de paix, qui, confidentiellement (j'étais dans les meilleurs termes avec lui), me prévint que ma démarche était absolument inutile et que je n'obtiendrais rien. — Une lettre du procureur m'apprit effectivement, au bout de quelques jours, que l'enquête n'avait revelé aucun fait délictueux ; que les sœurs ne délivraient que des *médicaments simples* et qu'en me plaignant j'avais tous les torts.

A quelques temps de là, appelé à soigner un gendarme, j'appris ce qu'avait été cette enquête !

La gendarmerie en avait été chargée et, en l'absence du brigadier, notre homme avait reçu les dépositions et consigné dans un rapport les faits qu'il avait recueillis. Le brigadier revenant, il l'avait mis au courant de l'affaire et lui avait remis son rapport : *or, celui-ci, sans même lire le factum, l'avait déchiré en interdisant formellement à son subordonné de s'occuper plus longtemps de la question ;* puis, se chargeant de l'enquête en personne, *il avait par ses menaces intimidé les personnes chez lesquelles il se présentait et obtenu d'elles des réponses aussi satisfaisantes que pouvaient le souhaiter les religieuses.*

C'est sur ce rapport que réponse m'avait été faite, et quelques semaines après, le susdit brigadier passait maréchal-des-logis.

A l'appui de son dire, le gendarme me montrait les lambeaux de son rapport qu'il avait conservés en cachette : certes, il contenait des faits assez précis pour motiver mon intervention ! mais comme il eût déplu, il avait été supprimé.

J'ai promis à ce brave gendarme le silence le plus absolu ; je l'ai gardé jusqu'à présent et, craignant de nuire en quoi que ce soit à son avancement, je le garderai encore, si vous voulez bien me le permettre, en confiant à vous seul mon nom.

Veuillez agréer, mon cher confrère, avec mes félicitations pour l'œuvre de revendication que vous avez entreprise, l'assurance de mes meilleurs compliments.

Un membre fondateur du Concours.

Nota. — Inutile d'ajouter, je pense, que les faits révélés par le gendarme ont été par moi contrôlés et qu'ils sont scrupuleusement exacts.

CONCOURS SCIENTIFIQUE

Traitement du choléra infantile par l'Oxalate de cérium.

Mon cher Directeur,

Le dernier article du *Concours médical*, sur l'oxalate de cérium, me décide à vous communiquer les résultats que j'ai obtenus récemment par son emploi.

Profitant d'une petite épidémie de diarrhée cholériforme, sévissant également chez les adultes et chez les enfants, j'ai administré ce médicament régulièrement, et aux doses indiquées par notre confrère, le Dr Poulet, c'est-à-dire : 20 cent. en 10 paquets, à prendre d'heure en heure, pour les enfants de un mois à deux ans.

50 centig. également en 10 paquets, de deux à dix ans.

Et 1 gramme pour les adultes.

Sans aucune exception, et dans une douzaine de cas environ, j'ai obtenu rapidement (du 2e au 5e paquet), la cessation absolue des vomissements et dans 4 cas, la disparition complète de tout accident.

Chez un enfant de un mois, atteint de choléra infantile, et déjà exténué par la maladie, j'ai renouvelé pendant trois jours de suite, la dose de 20 cent. en dix paquets et chaque fois, j'ai obtenu la cessation des vomissements qui revenaient quand on n'administrait plus le médicament. Malheureusement il m'a été impossible d'enrayer la diarrhée, et cet enfant est mort ; mais je reste convaincu que si j'avais été appelé plus tôt, l'enfant eût été sauvé.

Je ne saurais trop insister sur la disparition rapide des vomissements, qui permet alors d'administrer les médicaments usités en pareil cas.

J'ai essayé de faire prendre la poudre d'oxalate de cérium en potion, mais je n'ai pas obtenu de bons résultats et j'ai été obligé d'y renoncer promptement pour revenir au mode d'administration indiqué par notre confrère.

En un mot, et pour résumer une communication déjà trop longue, l'emploi de l'oxalate de cérium me semble indiqué dans le choléra infantile et dans le choléra nostras des adultes à la période des vomissements. Son action sur l'estomac est incontestable et, si celle qu'il exerce sur l'intestin est plus douteuse, il permet tout au moins d'avoir recours à des médicaments adjuvants dont l'emploi était rendu impossible.

Dr Maurat (de Gouvieux).

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

Mon cher Confrère,

Le *Concours Médical* publie dans son n° 32, portant la date du 7 août courant, une étude résumée sur le traitement de la Coqueluche. — Aux prises dans notre région avec cette cruelle maladie depuis bientôt deux ans, nous avons épuisé la série des médicaments conseillés, et, il faut le dire, avec des succès bien modestes.

Le Dr P... a certainement raison d'écrire qu'en dehors de toute complication le traitement est très-simple. C'est vrai; mais y a-t-il un traitement qui puisse prévenir les complications? Jusqu'à présent je ne connais que le changement d'air. Mais je veux appeler l'attention de mes confrères sur un moyen qui vient de donner ici des résultats vraiment appréciables; c'est l'emploi des inhalations de vapeurs térébenthinées.

Nous avons à Toulon, depuis quelque temps, un établissement thermo-résineux construit sur le modèle de celui qui existe au Martouret. Grâce à notre climat, il fonctionne toute l'année et malgré sa récente création (un an), les succès ne lui manquent pas. Notre honorable inspirateur, le Dr Chevandier, que nous avons le regret de ne point connaître, serait sans doute heureux de voir que la médication résineuse, qu'il manie avec tant d'habileté dans le traitement des affections rhumatismales et goutteuses, réussit aussi à merveille dans la coqueluche, certaines formes d'asthme, partout enfin où un élément nerveux spasmodique s'ajoute à l'élément catarrhal.

Jusqu'à ce jour j'ai remarqué que dans ces cas il suffisait de cinq à six séances d'une demi-heure dans nos chambres d'inhalation pour déterminer toujours un soulagement réel, le plus souvent la guérison, aussi bien chez les enfants du plus jeune âge que chez les adultes.

Les deux premières séances sont généralement suivies d'une agmentation de toux et de sécrétions filantes caractéristiques ; mais dès la troisième les quintes s'éloignent, elles sont moins violentes; les nuits sont calmes ; et après la sixième, une seule fois sur huit après la huitième, le malade n'a plus besoin de nous.

Je dois ajouter que la médication se complète par l'usage d'une pilule d'extrait de belladone associée à la poudre, suivant les conseils de Trousseau.

Telles sont, monsieur le directeur et cher confrère, les réflexions que j'ai cru devoir vous adresser après la lecture de l'article du Dr P...., pensant que vous trouverez peut-être bon de les communiquer à vos lecteurs. — Unis dans la même pensée d'utile confraternité les membres du *Concours médical*, n'ont pas le droit de garder pour eux seuls une idée ou un moyen capable d'être avantageux à tous ; c'est à ce titre que je me permets d'appeler votre attention sur cette lettre.

Agréez, mon cher confrère, la nouvelle assurance de mes sentiments les plus dévoués,

Ch. Aubin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Pansement antiseptique.

Formules employées le plus ordinairement:

Solution aqueuse forte, rouge.

Acide phénique cristallisé . . .	50 gr.
Alcool	50 gr.
Eau	1000 gr.

Solution aqueuse faible

Acide phénique	25 gr.
Alcool	25 gr.
Eau	1000 gr.

Solution alcoolique, très-forte :

Acide phénique	10 gr.
Alcool	50 gr.

M. Lucas-Championnière conseille les suivantes qui lui paraissent préférables, l'alcool y est remplacé par la glycérine :

Solution forte, rouge :

Acide phénique, cristallisé...	50 gr.
Glycérine	50 gr.
Eau	1000 gr.

Solution faible :

Acide phénique cristallisé....	25 gr.
Glycérine	1000 gr.
Eau	1000 gr.

Il est bon de préparer ces solutions un peu d'avance, la dissolution est toujours plus parfaite.

Entérite membraneuse et son traitement.

M. Germain Sée a insisté dans une de ses leçons sur un état particulier de l'intestin méconnu très-souvent par le médecin et qui se traduit par l'expulsion de produits membraneux de formes variables. On a décrit sous le nom d'entérite membraneuse les cas où ces produits sont assez nombreux et assez volumineux pour revêtir l'aspect de fausses membranes; mais cette affection, liée le plus souvent à la constipation, est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, et si on examinait plus souvent et plus attentivement qu'on ne le fait ordinairement les matières rendues par certains malades, on y rencontrerait des fragments ressemblant tantôt à des morceaux de blanc d'œuf, ou bien encore à du vermicelle, ou enfin à des débris de tænia. C'est ordinairement sous l'un de ces trois aspects que l'on trouve ces produits qui, d'après l'examen qui en a été fait, sont constitués presque complètement par de la mucine avec un peu d'albumine, et des fragments d'épithélium, mais ne renferment pas de fibrine, c'est-à-dire que l'élément inflammatoire y fait défaut, ce qui indique que dans ce cas l'expression entérite n'est pas justifiée; il serait plus exact de dire entérorrhée, car l'affection est très-superficielle.

C'est un état assez grave, parce que les malades ont souvent des douleurs intestinales vives et rendent quelquefois des paquets volumineux de ces produits, sans même aller à la selle. Il y a aussi très souvent des phénomènes d'obstruction, avec un tympanisme considérable et amélioration très rapide, lorsqu'on peut faire cesser cette obstruction, mais non en purgeant les malades, car ils supportent ordinairement très mal les purgatifs. M. Sée considère cet état comme très fréquent chez les femmes. Parmi elles, un grand nombre de celles qui se plaignent de dyspepsie sont simplement atteintes de constipation, laquelle s'accompagne très souvent aussi de cette entérite membraneuse. Ce qui prouve bien dans ce cas que c'est l'intestin et non l'estomac qui souffre, c'est que les douleurs se produisent longtemps après le repas et qu'aussitôt que le régime, l'exercice et l'hygiène ont fait disparaître la constipation, la santé se rétablit. Beaucoup de femmes regardées comme névropathiques, se trouvent aussi dans la même situation. Aussi devra-t-on, chez elles, en donnant de légers laxatifs comme l'huile d'amande douce ou la graine de lin, insister surtout sur le régime et sur l'exercice. (*Journ. de méd. et de ch. prat.*)

Vomissements incoercibles de la grossesse.

— M. Sée indique les deux moyens qu'il emploie le plus souvent chez les femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles. Le premier consiste dans l'emploi de l'alcool sous forme ou d'eau-de-vie ou de kirsch à la dose d'un verre à liqueur environ à chaque repas; mais il est nécessaire de continuer ainsi l'usage de ce médicament pendant longtemps pour réussir. L'autre moyen est le bromure de potassium qu'on doit donner à la dose de trois ou quatre grammes par jour; ce procédé n'a aucun inconvénient ni pour la mère ni pour l'enfant. M. Sée dit même avoir vu un enfant naître avec de l'acné bromurique sans que sa santé générale eût été le moins du monde altérée, malgré le véritable état de saturation par le médicament; en trois ou quatre jours son éruption qui avait été prise par un médecin pour une syphilide, disparut complètement sans laisser de traces.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques*).

Moyen simple de désinfection de la sueur des pieds (par le Dr Ortega.) — Aux approches des grandes chaleurs de l'été, l'observation ci-après a peut-être quelque mérite d'actualité. Un homme fort et vigoureux, travaillant à la manufacture des glaces de Saint-Gobin, était atteint d'une sueur des extrémités inférieures, si infecte qu'il était obligé, avant de se coucher, de laver ses pieds et de les envelopper ensuite d'une serviette. Dans les ateliers, ses camarades refusaient de travailler à côté de lui.

Il était un sujet de répulsion pour tout le monde. Entrait-il dans une chambre, tout de suite on ouvrait les fenêtres. Il avait consulté plusieurs médecins, sans obtenir d'amélioration.

L'épiderme de la plante des pieds était tout blanc, comme macéré; au niveau des sillons, il y avait de petites ulcérations : on en observait de pareilles autour des ongles. L'odeur qui s'en dégageait était si infecte, que l'exploration dut s'arrêter; l'infection resta quelque temps dans la chambre, on aurait dit que les meubles en étaient imprégnés.

Je conseillai de faire des lavages avec une solution de chloral au centième, et d'envelopper les pieds dans une serviette qui en serait imbibée. Deux jours après, cet homme revenait très satisfait, ses pieds ne sentaient plus; il se déchaussa, il n'y avait plus d'odeur. Six jours après, en continuant le traitement, les ulcérations étaient moins humides et se recouvraient d'une couche d'épiderme. (*Gaz. méd. Algérie.*)

CHRONIQUE

On lit dans la *Gironde :*

« Notre Faculté de médecine vient de faire une nouvelle recrue. M. le Dr François Viault, docteur ès-sciences naturelles, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, vient d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, après un concours des plus remaqués. Nous tenons de source certaine (et nous sommes heureux de le constater pour l'avenir de nos Facultés de province) que dans ce concours qui a eu lieu à Paris et qui comptait des candidats pour les différentes Facultés de France, y compris celle de Paris, ce sont deux candidats inscrits pour la province, M. Arloing pour Lyon et M. Viault pour Bordeaux, qui ont constamment tenu la tête. Pareille remarque a pu être faite pour le concours de la section de médecine et de médecine légale qui a eu lieu cet hiver. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie et de l'art de formuler, par le Dr M. Camboulives. (1)

La thérapeutique progresse comme les autres sciences. Un médicament nouveau arrive-t-il d'un pays étranger, la chimie a-t-elle découvert une nouvelle combinaison, un nouvel alcaloïde a-t-il été extrait d'une plante, qu'aussitôt les travailleurs se mettent à l'œuvre, commençant par l'expérimentation physiologique sur les animaux pour se terminer à l'application thérapeutique. Par conséquent les livres, surtout les manuels, vieillissent vite, d'où la nécessité de les mettre au courant de la science, et surtout le besoin impérieux d'en faire de nouveaux afin de leur infuser les nouvelles théories et les nouveaux procédés en même temps qu'on rajeunit tout ce qui est ancien ou suranné. Ainsi s'explique naturellement l'apparition de ce livre essentiellement instructif et pratique où l'étudiant trouvera un guide sûr pour s'initier à la science et se préparer aux examens, où le pharmacien puisera quelques détails nécessaires à la préparation des médicaments et où le praticien cherchera chaque jour une foule de renseignements utiles.

Ce manuel se divise en trois parties. La première, qui est la plus importante et qui comprend environ les deux tiers du volume, a pour objet la matière médicale et la thérapeutique. L'ordre adopté est celui des indications cliniques, c'est-à-dire les diverses médications : antispasmodique, stimulante, vomitive, altérante, antiphlogistique, etc. Chaque article débute par un petit tableau, où en regard des principales préparations du médicament, se trouve un signe conventionnel indiquant son usage plus ou moins fréquent. La pharmacologie, qui compose la seconde partie, rendra des services aux pharmaciens et surtout aux praticiens des campagnes qui exécutent eux-mêmes leurs prescriptions. Elle sera fort utile aux étudiants qui pourront ainsi prendre une idée des principales opérations de la pharmacie. La troisième partie, consacrée à *l'art de formuler,* contient un grand nombre de modèles d'ordonnances. Enfin le volume se termine par deux tables, l'une analytique, l'autre alphabétique qui le rendent extrêmement facile à consulter. Dr A. B.

(1) Un vol. in-12 de 960 pages. Librairie F. Savy, 77, Boulevard Saint-Germain, prix 8 francs.

CORRESPONDANCE

— Dr A., à C. (Lot-et-Garonne), 9 août.
M. votre père est inscrit comme vous. Les numéros ne seront indiqués que plus tard. On vous a adressé les quatorze exemplaires en échange de votre mandat.

— Dr A., à T. (Var), 10 août.
Votre note est à l'impression. Merci de votre bonne lettre; oui, ces témoignages nous sont précieux. Il ne dépendra pas de nous que le *Concours Médical* ne les justifie. Oui, les indications pratiques, sur la voie que vous indiquez, seraient de grand prix pour les pères de famille médecins qui, souvent, ne peuvent suffire aux dépenses si considérables de l'éducation professionnelle dans les facultés. Vous savez combien il serait souhaitable que les familles médicales pussent se perpétuer. Les traditions sont précieuses et c'est une satisfaction pour le père que de savoir que ce qu'il a appris, il pourra le transmettre. Nous attendons votre communication. Nos souvenirs à notre camarade N...

— Dr M., à M. (Vendée), 11 août.
Disposez en faveur de l'un des confrères dont vous nous avez procuré l'adhésion.

— Dr R., à G. (Var), 11 août.
« *Je suis avec le plus vif intérêt les progrès du* Concours; *puisse cette excellente idée être plus largement acceptée chaque jour, par le corps médical. Il recueillera avec tous les avantages généraux de toute association, ceux qui découleront de sa puissante publicité à mesure que notre œuvre sera mieux comprise et acceptée par un plus grand nombre de confrères, toutes les spécialités recommandables, de valeur sanctionnée par la pratique, viendront à nous, et nous protégerons le public crédule contre celles qui doivent être délaissées. L'ancienne pharmacie n'existe presque plus. Il n'y a que de petits ou de grands industriels, jaloux de la spécialité du voisin et voulant avoir la leur et tout cela est offert directement au malade, à son grand détriment. Continuez à donner une large part à la chronique professionnelle. Ces éléments d'information sont de fécondes semences, qui nous éclairent tous sur les efforts isolés et provoquent l'initiative, etc...* » Votre confrère V. est inscrit. Nous sommes entièrement à votre disposition et vous prions de nous prévenir, quelques jours à l'avance, de votre venue à Paris.

— Dr S., à C. (Nord), 11 août.
On vous a adressé les formules imprimées, que vous avez réclamées. Vous justifiez ce que nous observons d'ailleurs : que les derniers venus ne sont pas les moins zélés. Recevez-en nos sincères remerciements. Si nous pouvions nous entretenir avec tous nos confrères, comme nous avons pu le faire avec vous, notre tâche serait bien simplifiée.

— Dr C., au L. (Sarthe), 15 août.
Nous sommes toujours à votre disposition pour un cas semblable. Vous êtes en position de nous adresser vos amis. Nous y comptons; c'est le moyen le plus simple de nous remercier.

— Dr H., à L. (Seine-et-Marne).
Vous dites : « *Chacun sait la puissance des communications individuelles entre les individus et du concours pour l'existence, par la coopération.* » Oui, si nous devions inscrire une épigraphe en tête du *Concours Médical* ce serait, certes, celle que vous énoncez, qui aurait nos préférences.

— Dr C., à Ch. (Charente), 15 août.
Vous êtes inscrit participant. Vous recevrez les numéros en retard.

— Dr G., 459 (Vendée).
Inscrit MM. H. et B.

— Dr R., à M. (Seine-et-Oise), 17 août.
Avec plaisir.

— Dr B., à B. (Doubs), 18 août.
Sera inséré.

— Dr F., à Th. (Saône-et-Loire).
Vous êtes inscrit.

— Dr P., à V. (Seine-Inférieure), 16 août.
Même réponse. Envoyé votre lettre au fournisseur de la librairie du *Concours.* Pourquoi ne pas vous adresser à lui directement?

— Dr H., à L. (Puy-de-Dôme), 17 août.
Inscrit, le Dr B. Pour qu'il nous soit possible de vous être utile, veuillez nous dire d'une façon explicite à quelles conditions vous désirez traiter.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 35 28 août 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Hardy a eu, il y a quelques jours, occasion d'observer un cas d'hydrophobie rabique, dont il a communiqué l'observation à l'Académie de médecine. Se trouvant, mercredi dernier, dans une maison dans le but de donner des conseils à une personne malade, il fut invité à examiner le cocher de la maison qui présentait depuis quelques jours des symptômes assez douloureux. A la suite d'un effort pour soulever une lourde voiture, cet homme, ayant senti dans le bras une vive douleur, alla chez un rebouteur du voisinage qui lui lia le bras très-fortement avec un ruban de fil. La main et l'avant-bras se tuméfièrent, devinrent livides et engourdis; une douleur vive s'en suivit; mais, dans la nuit du mardi au mercredi, survint un nouveau phénomène, savoir : un sentiment de constriction à la poitrine et à la gorge, des hoquets de temps en temps, et l'impossibilité de boire. En même temps le malade fut agité toute la nuit et ne put s'endormir.

Lorsque M. Hardy vint pour l'examiner, il le trouva sans fièvre, 70 pulsations par minute, mais les yeux étaient enfoncés et la figure paraissait anxieuse. Pour s'assurer de l'existence de la dysphagie, il lui présenta un verre contenant de l'eau, puis une cuillerée également remplie d'eau, et avant que le verre ou la cuiller ne fussent parvenus à ses lèvres, cet homme reculait fortement la tête, serrait les dents, suffoquait, et était pris d'un serrement spasmodique du gosier et de l'œsophage. Plusieurs tentatives donnèrent lieu au même résultat. En face de cet accident particulier, M. Hardy constata donc une hydrophobie. Restait à savoir si cette hydrophobie n'était pas rabique, et bientôt pour éclairer cette question, M. Hardy apprenait par les gens de la maison que, quatre mois auparavant, le 17 avril, cet homme avait été mordu au petit doigt de la main gauche, à la naissance de l'ongle, par un petit chien qui était toujours avec lui, qui couchait dans sa chambre, dans son lit même; ce chien était ordinairement très-doux, mais, le 17 avril, étant devenu tout à coup méchant, il avait mordu son maître, puis avait fui la maison et l'on n'avait plus jamais entendu parler de lui.

Deux mois et demi plus tard, dans le cours du mois de juillet, un autre chien de la maison tomba malade, devint triste, cessa de manger, et un vétérinaire, chez lequel on le transporta, le déclara atteint de rage et l'empoisonna.

Après ces éclaircissements indiquant une morsure par un chien doux ordinairement et devenu méchant et fuyant une maison qu'il ne quittait pas d'habitude, indiquant de plus un cas de rage chez un chien de la maison deux mois et demi plus tard, il n'y avait pas à douter que le premier chien était enragé et que l'hydrophobie que l'on avait sous les yeux était une hydrophobie rabique au début.

Prévoyant des accidents plus graves et après avoir fait prendre au malade un lavement de chloral, M. Hardy le fit transporter à la Maison municipale de santé; là on lui continua le chloral, on lui fit des injections de morphine et on lui appliqua des courants continus. Sous l'influence de ce dernier moyen, le spasme guttural cessa

momentanément, et le malade put boire pendant quelques heures.

D'ailleurs, sauf ce sentiment d'oppression, de l'agitation et de l'insomnie, le malade ne présenta rien de particulier jusqu'au jeudi soir, quarante-huit heures après le début des premiers accidents. Mais, à ce moment, il fut pris de convulsions violentes; il voulait se lever, se sauver, il criait, sept ou huit infirmiers avaient de la peine à le contenir; il leur échappa même et alla casser une croisée de la chambre, dans l'idée de se jeter par cette ouverture. Après plusieurs attaques semblables, dans lesquelles il conservait son intelligence, il s'affaissa, puis succomba dans la nuit du troisième jour de sa maladie.

M. Hardy ajoute que la relation qu'il vient de faire ne contient rien de bien insolite; c'est un cas assez ordinaire d'hydrophobie rabique; toutefois, il croit devoir insister sur quelques circonstances particulières. D'abord il se demande si l'effort auquel s'est livré cet homme, et qui a amené probablement la rupture de quelques fibres mı ulaires, si la douleur qui a suivi cet accident et le traitement compressif et excessif qui lui a été appliqué n'a pas pu jouer le rôle de cause déterminante de l'affection rabique existant d'ailleurs.

D'autre part, M. Hardy fait remarquer que l'incubation, chez l'homme, a été plus longue que chez le chien. Ce dernier étant devenu malade deux mois et demi environ après la disparition du petit chien, cause de tout le mal, et le cocher n'ayant été pris des premiers symptômes que quatre mois après avoir été mordu. Cette incubation, plus longue chez l'homme que chez les animaux, est d'ailleurs admise dans la science. Enfin, M. Hardy croit devoir tirer de l'exemple qu'il rapporte cette conclusion si souvent répétée à l'Académie qu'on ne saurait trop prendre garde aux chiens qu'on a autour de soi, et qu'on ne saurait apporter trop de soin à constater chez eux les premiers phénomènes de la maladie.

M. Bouley, le savant vétérinaire, pense qu'il y a à déduire du fait si intéressant communiqué par M. Hardy un enseignement qu'on ne saurait trop répéter en France. Voilà une maison bourgeoise, une famille riche et que l'on devrait supposer éclairée, et où un chien, commensal du cocher, mord ce dernier et disparaît sans que l'on s'inquiète le moins du monde de cet accident.

M. Bouley croit devoir, à ce propos, répéter le refrain qu'il a eu si souvent l'occasion de faire entendre: c'est un très-grand malheur que les notions élémentaires sur la rage ne soient pas plus répandues dans le public. La rage, chez le chien, ne se manifeste pas d'une manière soudaine. Entre la morsure et les premiers symptômes de la maladie déclarée, quelques jours au moins s'écoulent; le chien change de caractère, il devient triste, refuse sa nourriture; montre, en un mot, des signes qui doivent éveiller l'atttention et la méfiance.

Les étrangers sont plus au courant que nous des travaux publiés en France sur cette question. En 1866 ou 1867, M. Bouley se trouvant dans une localité de la Bavière, en compagnie d'un conseiller de ce pays, fut très-étonné de se voir l'objet de manifestations les plus respectueuses de la part d'une troupe d'enfants qui sortaient de l'école et dont il se croyait parfaitement inconnu.

S'étant informé, il apprit que, dans cette école, on avait donné à apprendre par cœur aux enfants le rapport qu'il avait fait en 1862 sur la rage, rapport qui avait eu beaucoup de retentissement en Europe, et dans lequel sont clairement et méthodiquement exposés les symptômes de la rage. On avait fait, de ce rapport, une petite instruction à l'usage des enfants. Il est regrettable que cet exemple n'ait pas été suivi dans les écoles primaires de notre pays. On ne saurait trop insister sur la nécessité de répandre les connaissances élémentaires sur la maladie de l'animal qui vit le plus familièrement avec l'homme et dans son intimité la plus complète.

Les renseignements donnés par M. Hardy sur l'influence de l'électricité chez le cocher atteint de la rage, ont rappelé à M. Bouley qu'un jeune vétérinaire de La Capelle, dans le département de la Dordogne, ayant été mordu par un chien enragé, et étant devenu hydrophobe, ce malheureux jeune homme, en proie aux horribles accès convulsifs qui caractérisent cette maladie, fut soumis à l'action des courants continus, l'un des pôles étant placé sur la plante des pieds et l'autre à la nuque; sous l'influence de l'application du courant, à l'instant même on voyait cesser tous les phénomènes de dysphagie, et le malade recouvrait la faculté de boire.

Il y a là, suivant M. Bouley, une ressource extrêmement importante, et encore trop peu mise

en usage, qui permet au moins, dans une maladie dont l'issue est malheureusement fatale, l'emploi de moyens thérapeutiques propres, sinon à guérir les malades, du moins à les soulager et à adoucir pour eux le terrible passage de la vie à la mort.

M. Bouley termine en exprimant un double vœu: 1° que les notions élémentaires sur les symptômes de la rage soient plus répandues qu'elles ne le sont; et surtout qu'elles fassent partie de l'enseignement dans les écoles primaires; 2° que l'application des courants continus sont plus fréquemment mis en usage dans le traitement de la rage humaine où elle constitue une ressource des plus précieuses.

REVUE GÉNÉRALE

A propos du pansement ouaté et du pansement de Lister

(*Suite*).

Le traitement des *fractures compliquées* exige, pour répondre à toutes les indications, les conditions suivantes énumérées par le Dr Bertrand, dans un travail inspiré par M. Verneuil. (*Thèse de Paris, 1869).*

Il faut d'abord que le chirurgien empêche autant que possible le développement du travail inflammatoire et tente de ramener la lésion de l'état de fracture compliquée à celui de fracture simple. En conséquence il recherchera avec soin la réunion par première intention des parties molles, l'oblitération du canal qui conduit au foyer de la fracture, à moins que des conditions particulières ne contre-indiquent absolument une semblable conduite. Si la rénnion est impossible, si l'isolement ne peut être obtenu, on emploiera les moyens capables de soustraire la plaie au contact de l'air, de manière à revenir encore aux conditions de la fracture simple.

Tout d'abord M. Verneuil avait recours à *l'occlusion collodionnée* et la thèse de M. Bertrand contient à cet égard des observations qui font nettement ressortir tous les avantages de ce mode d'occlusion.

Après la réduction de la fracture, les bords de la plaie rapprochés autant que possible et le sang arrêté, on appliquait sur la plaie, mais dépassant suffisamment ses limites, une feuille de baudruche qui était fixée à l'aide d'un pinceau imbibé de collodion non riciné. L'appareil sec était renforcé par l'application de nouvelles couches de collodion.

Comme appareil contentif, M. Verneuil se servait de préférence du bandage ordinaire de Scultet.

Mais depuis la publication du travail de M. Bertrand, les idées de M. Verneuil se sont modifiées et il a perfectionné encore ce mode de traitement des fractures compliquées.

Tout d'abord l'éminent clinicien obturait la plaie avec la baudruche collodionnée et par-dessus il appliquait l'appareil de Scultet ouaté. Il agit encore de même aujourd'hui, pour les cas graves; mais, en outre, il emploie les *agents antiseptiques* pour laver soigneusement les plaies et les alentours, et pour en projeter la vapeur sur les plaies, lors du renouvellement du pansement.

Voici comment agit M. Verneuil vis-à-vis des différents cas qui peuvent se rencontrer dans la pratique chirurgicale.

Étant donné une fracture de jambe, la solution de continuité étant minime, la contusion des tissus faible, en un mot, les dégâts *légers :* Le membre, soigneusement lavé avec l'eau phéniquée, ainsi que la plaie, est, après réduction de la fracture, placé dans une gouttière de fil de fer ou maintenu avec des attelles plâtrées.

On aura soin de raser les poils afin d'éviter les tiraillements douloureux.

On applique ensuite sur la petite plaie laissée à découvert une pièce de baudruche qui la dépasse de plusieurs centimètres en tous sens et qu'on collodionne sur ses bords et à sa face externe, mais non à sa face profonde; M. Verneuil agit ainsi pour qu'elle n'adhère pas aux lèvres de la plaie, qu'elle laisse celle-ci béante, et qu'elle n'empêche pas l'écoulement ordinairement passager et peu abondant, du reste, venant du foyer de la blessure.

Quand la plaie laisse écouler une certaine quantité de sang veineux, on ne collodionne que trois côtés du morceau de baudruche, pour que l'écoulement puisse librement trouver une issue au dehors et ne distende pas trop l'opercule membraneux. Dans le cas cependant où cet inconvénient viendrait à se produire on ferait une légère piqûre à la baudruche pour faire sortir par cette ouverture le sang et la sérosité.

La baudruche est recouverte d'une compress de grosse mousseline pliée en plusieurs doubles et imbibée d'une solution phéniquée forte, puis enfin par dessus un carré d'ouate et un morceau de taffetas gommé.

« Ce pansement, dit M. Verneuil, tout simple qu'il est, remplit très-exactement le but. La

gouttière ou les attelles plâtrées maintiennent l'immobilité et n'empêchent pas qu'en cas de contention difficile des fragments on emploie les moyens ordinaires. Les premiers lavages désinfectent la plaie; la baudruche, dont on peut d'ailleurs appliquer plusieurs doubles, interdit tout à fait l'abord de l'air extérieur sans s'opposer absolument à l'issue des fluides de la plaie; on collodionne cette baudruche à l'extérieur pour qu'elle ne soit pas ramollie par les applications continuelles d'eau phéniquée ; les morceaux d'ouate et de taffetas gommé empêchent à leur tour le desséchement trop prompt des compresses humides qu'il suffit de renouveler trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. »

L'appareil de Scultet ouaté est employé de préférence par M. Verneuil. L'application du pansement ouaté proprement dit, et son renouvellement sont infiniment plus difficiles par le médecin et plus douloureux pour le malade.

La construction de cet appareil de Scultet est simple. Il suffit, aux deux couches formées par les compresses longuettes et les bandelettes, d'en ajouter une troisième, intérieure, *destinée*, par conséquent, *à recouvrir immédiatement le membre*, et constituée par des pièces longuettes d'ouate mesurant 10 à 12 centimètres de large, 40 à 50 centimètres de long, et imbriquées de façon à se recouvrir au tiers. Il est évident que l'épaisseur d'ouate est infiniment moins grande que dans le bandage d'Alphonse Guérin, « mais, dit M. Verneuil, je n'y ai vu aucun inconvénient. »

Un des élèves de M. Verneuil, le Dr Vétu, a rassemblé dans sa thèse inaugurale (1878) les observations prises dans le service du maître; et leur lecture montre combien ce mode de traitement est avantageux pour le malade.

On peut conclure que le pronostic des fractures compliquées, jadis si grave, s'est considérablement modifié depuis l'introduction de la méthode antiseptique. Depuis lors la guérison est devenue la règle, la mort, l'exception. « Depuis quelques années, dit M. Vernenil, je ne compte que de rares revers dont, la plupart du temps, il faut rendre responsable ou la multiplicité des blessures ou la constitution défectueuse du sujet, ou enfin quelque imprudence commise pendant le cours de la cure, parfois fort longue, comme on le conçoit sans peine. » On remarquera que le traitement des fractures compliquées de M. Verneuil ne réalise ni les conditions rigoureuses du pansement ouaté ni les méticuleuses recommandatioas du pansement de Lister.

Il y a, à la fois, du pansement ouaté et de la méthode antiseptique. C'est avec justice que M. Vétu vante la grande simplicité des procédés mis en usage par M. Verneuil. On peut avec ces moyens traiter avec succès, en tout temps et en tout lieu, les fractures compliquées des membres. La facilité avec laquelle on se procure les pièces du pansement lui donne une supériorité incontestable sur le pansement de Lister qui, d'ailleurs, il est à peine besoin de le dire, donne également de très-beaux résultats. Il suffit, pour le praticien, de savoir qu'il peut atteindre à ces beaux résultats avec des simplifications indispensables dans l'exercice de la chirurgie, surtout à la campagne.

Insistons encore sur ce fait que le pansement ouaté a subi de grandes modifications et de grands perfectionnements ; on a ajouté, par exemple, la pulvérisation phéniquée pendant l'acte opératoire, les lavages à l'eau phéniquée. On a employé avec succès, au voisinage de la plaie, du coton phéniqué. En un mot, on emprunte au pansement de Lister ce qui en constitue, en réalité, l'essence, la raison d'être, la valeur.

Il y a encore d'autres remarques à faire à propos de ces deux modes de pansement. Ainsi, il y a certaines régions où le pansement ouaté est inapplicable ou à peu près. Autant il convient pour les fractures compliquées, après les ablations de tumeurs des membres, autant il est difficile à appliquer et à faire supporter au malade lorsqu'il s'agit de lésions qui siègent près de la racine du membre. Cependant M. Verneuil l'a encore employé après la désarticulation de l'épaule.

Après l'ablation des tumeurs du sein, il doit être abandonné et on doit incontestablement lui préférer le pansement antiseptique. Si l'on veut conserver, en effet, à l'ouate toute sa valeur, il faut l'accumuler en couches très-épaisses, remontant jusqu'au cou, descendant jusqu'à l'ombilic. En été, surtout, non seulement les malades se plaignent de la chaleur, mais elles sont horriblment incommodées par l'odeur.

Au cou, il en est de même, le pansement ouaté est inapplicable. Quelquefois en cas de plaie de tête, M. Verneuil a employé une sorte de turban épais en coton et ne s'en est pas mal trouvé; mais le pansement antiseptique ouvert est, pour cette région, si commode, si léger et si efficace, qu'on doit s'en contenter.

En terminant cette rapide revue qu'il nous soit permis de citer encore une phrase de M. Verneuil qui caractérise, selon nous, d'une façon magistrale la valeur réelle de la méthode antiseptèque.

« Les services rendus par Lister sont considé-

rables; mais *ils sont dus à sa doctrine et aux principes qu'il défend*, plutôt qu'au formalisme opératoire. Sans doute ce formalisme a du bon, en cela qu'il procurera souvent des guérisons très-promptes et très-brillantes; mais le praticien qui ne l'imitera pas servilement pourra néanmoins obtenir d'excellents résultats en prenant dans l'ensemble des actes ceux qui jouent le rôle principal. Le plus grand tort qu'on puisse faire au pansement listérien est de le présenter comme une panacée. Dr P.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE
à la Salpêtrière

Délire des persécutions.

L'absence de toute classification des maladies mentales faisait qu'autrefois l'histoire du *Délire des persécutions* était peu connue. Pinel rangeait les persécutés dans la *mélancolie* qui comprenait pour lui tous les cas de délire partiel. Esquirol les plaçait dans la *lypémanie*. M. Baillarger les a décrits sous le nom de *monomanes* à idées tristes. On peut dire, qu'il avait flairé les persécutés. En 1852, M. Lasègue a publié, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire important dans lequel il décrivait une catégorie d'individus qu'il avait étudiés et interrogés à la préfecture. Leur entendant souvent employer le mot de persécution, il s'en servit pour caractériser ce genre de délire.

En 1864, j'ai fait un cours à l'école pratique et j'y ai tracé les linéaments de l'étude des persécutés. Le hasard des événements a fait que je suis devenu le collaborateur de M. Lasègue et que j'ai été mêlé à ce grand nombre de malades qui font un si court séjour à la préfecture. C'est un remarquable kaléidoscope, une clinique d'une prodigieuse richesse, mais dans laquelle il faut prendre des décisions promptes, faire remettre les uns dans un asile, renvoyer les autres en province, etc. Il ne se passe pas de jour où il ne se commette quelques délits dus à la persécution. M. Lasègue m'a donné tous ses documents, j'ai pu publier un important travail sur les persécutés (1), travail dans lequel j'ai réuni ce fonds perdu dans des descriptions cliniques diffuses et très-longues. Le délire des persécutés était une variété qu'il fallait chercher et constituer de toutes pièces. C'est un délire assez fréquent, puisqu'à Paris il présente une moyenne annuelle de cinq cents cas.

L'homme sérieusement prédisposé au délire des persécutions n'est point, en général, très-intelligent. Il ne possède qu'un niveau intellectuel moyen et rarement élevé. Il est indécis, inquiet, susceptible, ombrageux, mécontent, égoïste et sombre; il évite le frottement du monde. On lui a fait ceci, cela, et ne réagissant pas, il accepte la contrariété et se l'assimile froidement. Cependant parfois il raisonne. On ne peut pas me faire cela, se dit-il, et il se calme. Mais l'idée revient. On m'a fait ceci et il y a là une intention désagréable; et, bien qu'il songe à l'absurdité du procédé, il s'assimile la chose. Un jour, plus monté que d'ordinaire, il se dit : « J'ai donc des ennemis cachés, » et ne pouvant mettre un nom à *ceci* ni à *cela*, il se croit exposé aux maléfices des puissances occultes ou en butte aux persécutions de la police, des jésuites, des francs-maçons, ou bien il fait intervenir l'électricité, le magnétisme, le somnambulisme, la ventriloquie, le spiritisme, les tables tournantes, etc. Il ne dit pas encore : C'est un tel qui m'en veut; mais peu à peu la probabilité succède au doute primitif, et bientôt c'est la certitude. C'est ainsi que se forme le roman pathologique et qu'arrive la conception délirante. Un homme sain d'esprit va droit au but. S'il se croit exposé aux persécutions de quelqu'un, il demande un entretien direct ou par intermédiaire; il fait sa petite enquête, il veut en avoir le cœur net, il veut savoir pourquoi on agit de telle ou telle façon.

Les persécutés commençants acceptent tout, ne cherchent pas à se renseigner, ils subissent les persécutions, et ils ne soupçonnent personne. Il y a une période plus ou moins longue d'angoisses, de tergiversations pendant laquelle ils prennent des déterminations brusques, donnent leur démission, changent d'appartement, de bureau, et tout cela sans raison ou sans autre motif sérieux que le suivant : un voisin, le concierge ou un garçon de bureau s'est moqué d'eux. Certains même acceptent une position inférieure. Dans le monde, on dit : Ce sont des hommes qui font des coups de tête. Nous devons dire: ces hommes qui changent de position, de logement, qui quittent la France, etc., ce sont des persécutés.

Dans le délire des persécutions, on trouve un symptôme considérable, l'hallucination; car, qu'on ne l'oublie pas, tout vrai persécuté est halluciné !

On lui dit des injures, des obscénités, on lui fait des reproches et tout cela le rend extrêmement malheureux. Pour s'y soustraire, pour en éviter le retour, il fera tout ce qu'il est en son pouvoir, et consentira toutes espèces de sacrifices.

« Un malade fréquentait assidûment un café ; il s'imaginait que les gens guettaient sa sortie pour le poursuivre de leurs injures. Un certain jour, il se décida à sortir à dix heures au lieu de onze ; pendant plusieurs mois il n'entendit plus rien, puis les persécutions recommencèrent de plus belle, ses ennemis avaient retrouvé sa trace. Il prit le parti de s'en aller à neuf heures, et il resta cette fois quelques jours tranquille. Tourmenté de nouvaau, il s'en retourna à huit heures et enfin après quelques jours écoulés, il set séquestra complètement, pour fuir les voix qui le persécutaient au dehors (1).

Un officier de marine, atteint pendant une campagne au Mexique de fièvre pernicieuse et de syphilis grave, devient halluciné en regagnant son bord après son rétablissement. Dès qu'il descend à terre, « on l'insulte par la pensée. » Aimé de tout son équipage, il revient en France et reprend toute son ancienne gaieté pendant la traversée. Rentré à Brest, il entend qu'on le traite « de canotier, de marin d'eau douce, de lâche et de corsaire. » Il a des altercations avec de paisibles passants, s'enferme, etc. Bientôt il profite d'un navire en partance pour y obtenir un commandement. Il navigue pendant un an sans rien éprouver, mais dès qu'il met pied à terre ou qu'il fait un excès alcoolique, les hallucinations reviennent (2).

Cet exemple est propre à montrer l'influence du milieu.

(1) Le *Délire de persécutions*, par Legrand du Saulle. Un vol. in-8, Plon, éditeur, rue Garancière, 9.

(1) *Le délire des persécutions*, 24.

(2) Voir l'observation détaillée, *op. cit. 25.*

Cerise a rapporté l'observation d'un jeune homme halluciné qui entend dans la rue des injures sur ses mœurs, sur ses habitudes, sa manière de vivre. A Paris, c'est en français que les voix le tourmentent, à Turin c'est en patois piémontais et en italien à Milan. Les hallucinations cessent pendant un voyage en Allemagne et en Angleterre, pays dont il ne connaît pas la langue.

Tous, tant que nous sommes, nous sommes, nous pouvons être frappés dans nos affections de famille, dans nos intérêts, notre honneur, etc., sans en être autrement affectés et sans qu'il en découle du délire des persécutions.

Le plus souvent la cause de ce délire est un simple prétexte, une futilité. Le persécuté remarque qu'on le regarde, qu'on le lorgne, que telle chose ne réussit pas par suite de circonstances arrangées d'avance; mais ces symptômes ne sont rien tant qu'il n'y a pas hallucination de l'ouïe.

On a dit à tort que les hallucinés l'étaient de tous les sens. Ce n'est pas toujours vrai. Le vrai persécuté est halluciné de l'ouïe, s'il est de la vue, il faut craindre que l'on ait affaire à un épileptique ou à un alcoolique, car l'hallucination de la vue s'observe très rarement dans le délire des persécutions.

Le vrai persécuté a d'abord des illusions, il lui semble qu'on a dit ceci, cela ; qu'on a sifflé sous son balcon ; qu'on a chuchoté, murmuré. Il n'est pas bien sûr, il doute, il est encore le jouet de simples illusions. Il a croisé dans la rue des individus qui ont échangé un regard, un geste, il s'imagine que c'est un signal, car, dit-il, ils se sont regardés, et l'un est parti à droite pendant que l'autre tournait à gauche. Il interprète ses illusions d'une façon délirante. Après le doute, l'illusion, puis l'hallucination. Le malade qui arrive à cet état est extrêmement malheureux. On répète ce qu'il a dit, ce qu'il a fait, on l'insulte, on le menace. La voix vient du plafond, de la cheminée, elle sort des interstices du parquet, etc. C'est encore *on*, mais plus tard il désignera et il dira c'est un tel.

Il dissimule injures et menaces, il ne réagit pas, il se résigne, il vit dans un milieu limité à sa propre personne, il n'y a que lui; il reste étranger à tous les événements.

C'était pendant le siége, le soir du 20 décembre 1870, je causais avec un halluciné persécuté. Le canon grondait. « Vous n'entendez pas le canon, lui dis-je, il y a un engagement bien sérieux. » Il ne répond pas, et il m'est impossible de fixer son attention sur ce qui se passe. Mais bientôt m'interrompant : « J'ai vu par cette fenêtre, dit-il, préparer deux œufs sur le plat, on a mis du savon noir au lieu de beurre. »

Le persécuté est égoïste, il ne voit que lui, sans chercher à se rendre compte de la cause première de ses tourments ou à connaître la personne qui les lui cause. Il s'assimile tout avec une résignation déplorable, pathologique. Un bruit se passe-t-il sous ses fenêtres ? il ne se servira pas de la vue d'une façon normale, il ne cherchera pas à voir ce qui se passe, il n'y voit qu'une menace dirigée contre lui et contre laquelle il n'essaie pas de lutter. Peut-être au début, a-t-il essayé de lutter, mais maintenant c'est inutile. Il n'y a plus ni père, ni époux, ni citoyen. Il n'y a que lui vivant dans sa conception délirante et avec un égoïsme doublé d'un orgueil immense. Que vous a-t-on fait? lui demande-t-on; il sourit et il répond: Vous le savez bien. Vous n'avez donc pas lu les journaux, les affiches? N'étant occupé que de lui-même, il s'imagine que tout le monde est au courant de son état. On a beau lui dire : Il y a cinq minutes je ne vous connaissais pas. Vous le savez bien par les journaux, répond-il aussitôt. Cette réponse est caractéristique, elle suffit pour affirmer le délire des persécutés.

Il est bon de connaître leur langage et leur vocabulaire qui est très-particulier et souvent spécial à chaque malade. Ils disent : On est maître de ma pensée, on m'a insulté, injurié par la pensée, on m'a fait comprendre que l'on me conduit, on me dirige, on dirige ma parole, on parle par ma bouche. Un professeur soigné par Esquirol appelait ses voix, *ses bavardes ;* un autre, *ses bonnes, ses mauvaises.* Ils disent encore : Mes invisibles, mes secrètes, mes locutions, mes idées parlantes ; mon langage me dit telle chose. D'autres fois, ils emploient des termes empruntés aux sciences physiques, ils parlent de courants, de bobines, de secousses, d'électricité, de magnétisme, d'actions électriques, ils recourent aux sciences occultes, ou enfin ils parlent un argot, une sorte de vocabulaire forgé par eux et pour eux.

Il y a douze ans, j'interrogeais au dépôt un très beau garçon de trente-six ans qui avait été arrêté le matin à cinq heures, porteur d'une somme de trois mille francs, d'un révolver chargé à six coups, de quelques papiers et de pommes. Il refuse de dire son nom et de faire connaître son identité. « Tout le monde connaît mon affaire, dit-il, vous la connaissez aussi bien que les autres et il s'agit pas de faire ici des *singeries*. Finissons vite, rendez-moi ma liberté, ou cela ira mal. » Par les papiers saisis on savait seulement qu'il s'appelait Pépin. Ce nom me rappelle immédiatement la machine infernale. De quoi est mort votre père? — Ça ne vous regarde pas ! — Après quelques instants j'obtiens des aveux complets. C'était, en effet, le fils de Pépin. Il raconte que sa mère a eu la chance de pouvoir changer de nom en se remariant, qu'il a eu à subir tous les procédés des *Philippins* qui lui envoient sans cesse des *pifs* et des *tacs* ; qu'il a été abreuvé d'humiliations et de poursuites, « à cause de l'affaire de son père ; » que sa sœur était morte folle à la Salpêtrière, qu'il avait perdu sa mère depuis trois ans, qu'il avait hérité d'elle de dix mille francs, qu'il avait constamment porté toutes ses valeurs sur lui, qu'il n'avait plus travaillé, qu'il avait alors entamé son capital, qu'il avait déjà été empoisonné plusieurs fois, qu'il ne mangeait jamais deux fois de suite chez le même traiteur et qu'en fin de compte les Philippins avaient fini par le suivre partout, « même d'une manière invisible, » et par altérer tous ses aliments.

Quant aux pommes dont il avait été trouvé porteur, il en expliquait ainsi la possession : « Dés le matin, lorsqu'il n'y avait encore personne en chair et en os dans la rue, j'avais acheté douze pommes à un marchand des quatre saisons. Je les avais moi-même choisies, tout en regardant ce qui se passait auprès de la petite voiture, je les avais mises dans ma poche et j'étais allé en manger quelques-unes dans une allée obscure, car je mourais de faim, n'ayant pas dîné la veille, puis je continuai mon chemin. »

« Pourquoi portiez-vous un révolver à six coups ? — Pour me défendre contre les *rabatteurs*, les *ficelles* les *lanceurs de poison*, les *roussards à bobines magnétiques*, les *mécréants de la philipperie*, les *agents à procédés*. Oh ! ils me le paieront ou alors...

« Depuis trois ans, vous avez dépensé sept mille francs. Il est probable qu'il ne vous serait plus rien resté dans quatorze ou quinze mois ; et comme vous avez perdu tout à fait le goût du travail, je me demande ce que vous seriez devenu ? — Il ne s'agit pas d'en savoir si long. Est-ce que d'ici-là, je n'aurai pas pu tomber dans un de leurs *traquenards*, ou bien..... ou bien..... je ne crains pas la mort. Puisque vous êtes médecin, vous devez bien le voir (1).

Transféré à Sainte-Anne, on lui mettait du vitriol

(1) Voir le *Delire des persècutions*, pag. 17.

dans ses aliments. On a été obligé de le nourrir au moyen de la sonde œsophagienne. Depuis il a été transporté en province.

Cette hallucination de l'ouïe qui rend les persécutés si malheureux, repose parfois sur un fait vrai qui remonte à dix, quinze, vingt ans, et qu'on retrouve souvent quand on le recherche avec soin.

Un homme, arrivé à une haute position, très-honorable, avait volé à l'âge de dix-huit ans, une petite cuiller en argent dans un grand restaurant. Vingt-cinq ans apres, cet homme entrait dans une maison d'aliénés. Il était halluciné de l'ouïe. On lui disait : « La cuiller, tu l'as volée ! »

L'observation la plus remarquable est encore celle de Jean Martin, publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, 1877, tome XVII page 190.

Vers l'âge de quatorze ans, il quitte la campagne et ses parents le placent à Moulins, chez le conservateur des forêts, homme riche et bienfaisant qui le prit pour petit groom. Bientôt les domestiques lui font faire la connaissance de ceux d'une maison voisine et notamment d'un nommé Michel. Celui-ci débauche le jeune garçon en l'initiant à des pratiques de masturbation réciproque. Un jour même, dans un moment d'ardeur lubrique, il l'aurait passionnément saisi et aurait accompli sur sa personne, un acte sodomique complet. A partir de ce jour, Jean Martin s'éloigne, et n'a plus aucune relation avec Michel.

Doué d'excellentes qualités, Jean Martin ne tarde pas à être pris en affection par ses maîtres, il devient bientôt secrétaire particulier, puis garde-forestier, et enfin brigadier. En mourant, son bienfaiteur lui lègue une somme de cinq mille francs, qu'il n'accepta pas. Il n'en continua pas moins, tout en remplissant ses fonctions, à demeurer dans la même maison que la femme de son bienfaiteur dont il surveille les biens, et administre la fortune.

Il conserva ses habitudes de masturbation jusqu'à vingt-six ans, ne voulant pas se marier par syphiliophobie. Il était religieux, allait à la messe tous les dimanches, et ne rentrait jamais après neuf heures du soir. Il dévorait sa honte en silence chaque fois qu'il rencontrait Michel.

Trente-deux ans se passent ainsi dans cette vie correcte. Cependant dès 1873, 1874, Jean Martin remarque que, dans les rues de Moulins, on le regarde, on l'examine, on le montre du doigt. « Tiens, se dit-il est-ce qu'on sait ce qui m'est arrivé avec Michel ? » Un jour, dans une rue où il passait souvent, il entend dire devant la maison Micot : « Tiens voilà l'enc..... de Michel. » Il rentre effaré en se disant : « J'ai bien entendu. »

A partir de ce jour, Jean Martin n'a plus une minute de repos. Il repasse une, deux fois dans cette rue, et la voix lui lance la même injure. Il évite d'y passer, fait le tour, prend par une promenade. Mais là, les vieillards, les ramasseurs de boue, lui crient : « Tiens, l'enc.... de Michel ! » Les soldats les officiers qu'il rencontre lui répètent le même propos. S'il prend l'omnibus pour aller à la gare, en descendant un voyageur dit au conducteur : « Tu l'as donc amené l'enc.... de Michel ? » Il part pour son pays, et là encore il entend la même chose. Il commence à faire des armes pour pouvoir au besoin défendre son honneur. Il a alors quarante-six ou quarante-sept ans ; bientôt après il achète un revolver et va tirer à la cible au pistolet. Il se fait faire une cuirasse en carton d'abord, en fer-blanc ensuite, car un jour ou l'autre on lui lui répètera des obscénités, et il faut qu'il se défende.

Les hallucinations n'étaient pas constantes, elles revenaient par paroxysmes.

Le dimanche à la grand'messe, il n'entendait jamais rien. Ce fait n'a rien d'extraordinaire et s'explique parce qu'il avait alors l'esprit fixé.

Le 9 octobre 1876, à une heure, sur la Levée, promenade située au bord de l'Allier, Jean Martin, rencontre Michel, âgé à ce moment de soixante-dix-neuf ans, qui causait avec une femme. Le souvenir de ce qui s'est passé entre eux, trente-deux ans auparavant, lui revient à l'esprit et excite sa colère et son indignation. A peine s'est-il éloigné qu'il fait volte-face, saisit le revolver dont il était porteur, marche droit sur Michel et lui dit : « Il est temps, que cela finisse ! » En achevant ces quelques mots, il décharge cinq fois son arme. Michel tombe et Jean Martin, tout troublé, tout ému, se rend au Palais-de-Justice, se dénonce lui-même au procureur de la République, se constitue prisonnier et quelques heures après écrit à sa bienfaitrice une lettre qui peut se résumer ainsi : « J'ai commis un meurtre en restant homme de bien. »

Michel meurt le lendemain, Jean Martin est confronté avec le cadavre en présence des gendarmes, du procureur, de deux médecins, il reste calme. « Je reconnais cette misérable, dit-il, il a empoisonné mon existence, je l'ai tué, j'ai fait mon devoir, je ne le regrette pas. » Son attitude hautaine ne témoigne d'aucun repentir.

On m'envoie une lettre en me disant : Suffit-elle pour vous faire une opinion à distance? Je réponds : Si cet homme est halluciné de l'ouïe, c'est un persécuté !

Bientôt après j'étais commis avec les docteurs Reignier et Lagardelle. L'expertise médico-légale a révélé une situation très-nette. A partir du moment du crime, les hallucinations ont disparu. Jean Martin a parfaitement répondu. On lui pose le dilemme suivant : Ou vous avez été réellement insulté et en frappant Michel vous vous êtes vengé et alors vous êtes responsable, ou vous n'avez pas été insulté et vous avez commis un acte de folie et alors vous serez renfermé dans un asile d'aliénés. — Plutôt la mort qu'une maison de fous ! répond-il aussitôt.

A la suite de notre rapport il y eut ordonnance de non-lieu et Jean Martin fut dirigé sur l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine, à Yseure, près Moulins.

Dix-huit mois après, les hallucinations n'avaient pas reparu. Ne pouvait-on pas se demander alors si l'on n'avait pas eu affaire à un dissimulé ? Mais depuis il est plus halluciné que jamais, on le menace de la guillotine, etc. (*La suite prochainement*).

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

Jamais, lorsque l'urine d'un malade pouvait révéler quelques caractères à connaître, nous n'avons vu sans étonnement le médecin renvoyer au pharmacien l'examen de cette urine et accepter, sans contrôle, les résultats qui lui étaient donnés.

Est-ce donc que l'examen des urines présente une telle difficulté ou réclame des connaissances tellement spéciales que le médecin doive abdiquer toute prétention ?

Nous jouons, dans ce cas, il faut l'avouer, le rôle le plus piteux et nous donnons à bon marché au pharmacien la réputation *de savant*, dont le plus souvent il se targuera contre nous — car il n'est guère de pharmacien qui ne s'octroie, de lui-même, les connaissances médicales les plus étendues et qui ne se permette de nous juger avec une assurance qui n'a d'égale que son incompétence. Le public, toujours prêt à prendre parti

contre nous, rend d'ailleurs hommage à sa science et ratifie ses jugements.

« Avez-vous besoin d'aides, disait autrefois Voillemier, choisissez-les intelligents et non jaloux. » L'intelligence, dans le cas présent, peut se rencontrer facilement; en est-il de même de l'autre condition ?

Nous ne voudrions certes pas être désagréable à nos *pseudo-confrères* et, encore moins, leur nuire; mais nous sommes ici chez nous, nous plaidons *pro domo nostrâ*, et certes il doit bien nous être permis de revendiquer le droit de faire nous-mêmes nos affaires et de nous passer d'un secours dont nous n'avons nullement besoin.

La vérité est que le médecin se désintéresse des questions d'urologie parce qu'il se figure que tout un laboratoire est indispensable : les flacons, les tubes, les ballons qu'il voit en imagination le font reculer, et, peu à peu, d'une façon inconsciente, il renonce à ce mode d'investigation qui pourrait lui être si utile. S'il survient un cas où l'examen s'impose, il s'adresse au pharmacien.

Cette terreur de la cornue se comprendrait si la pratique journalière réclamait les manipulations longues et délicates qu'exigent les recherches de laboratoire. Le médecin, qui rentre harassé après une journée de fatigue, songe avant tout à se reposer, et, moins que personne, nous ne saurions lui faire un crime de penser à autre chose qu'à des analyses chimiques.

Mais, si la pathologie demande que les altérations les plus superficielles, que les troubles les plus légers, soient décrits avec soin, il n'en est pas de même de la clinique; si, dans les cours de l'école, on s'arrête à la créatine, à la créatinine, à l'uroxantine, etc..., etc..., l'examen au lit du malade est moins méticuleux.

Aussi avons-nous pensé qu'une étude d'urologie, passant sous silence les questions d'un intérêt purement scientifique pour ne s'occuper que des altérations dont la connaissance importe à la pratique journalière, présenterait un intérêt certain pour les lecteurs du *Concours Médical*. Si quelques-uns d'entre eux, grâce à notre travail, pouvaient à l'avenir se passer du pharmacien, qui d'ailleurs bien souvent n'est pas à leur portée, nous croirions avoir largement atteint le but que nous nous proposons.

Si d'autres nous accusaient de négliger les questions délicates, nous leur répondrions que nous nous sommes efforcé, dans la mesure du possible, de réduire le nombre des réactifs et des instruments, de restreindre surtout le temps nécessaire à chaque examen, de rendre enfin possible pour tous (mêmes les moins chimistes d'entre nous), des investigations dont ils ne tarderont pas à comprendre toute l'importance.

Le *Concours médical*, s'inspirant de ses vues particulières, s'occupe d'ailleurs de faire établir une boîte à analyses qui, sous un faible volume, renferme les divers réactifs ainsi que les instruments nécessaires à l'analyse élémentaire des urines.

Nous ne conseillerons certes pas à nos confrères de réserver un diagnostic certain parce qu'ils n'auront pas examiné l'urine du malade, non plus de demander à cette urine la raison de tous les phénomènes morbides qui peuvent se présenter. Ils n'imiteront pas ces *médecins des urines* que nous connaissons tous, assez perspicaces pour diagnostiquer, à distance et sur le seul vu du précieux liquide, une phthisie commençante ou une fracture de jambe... C'est un travers dans lequel ils ne sauraient tomber; mais ce que nous osons leur recommander, c'est, lorsqu'il restera dans leur esprit quelque obscurité, de ne négliger aucun moyen de s'éclairer et d'interroger les urines.

Cet examen souvent ne fera que confirmer ce que l'ensemble des autres symptômes aura pu leur apprendre, souvent aussi il sera pour eux une véritable révélation. Il arrivera peut-être quelquefois qu'il ne leur apprenne rien, mais à coup sûr il ne les trompera jamais.

Veut-on quelques exemples :

Un homme se présente un jour à l'hôpital Beaujon, portant sur la figure une éruption très confluente d'un rouge foncé ; cette éruption se retrouve sur le tronc, sur les jambes, mais plus disséminée. Le malade a de la bronchite, il tousse, il présente même un peu d'enchifrénement et de larmoiement.

L'idée de rougeole vient immédiatement à l'esprit et, malgré le peu de fièvre, bien qu'on soit en pleine éruption, c'est le diagnostic qui est porté.

Mais voici que l'urine examinée révèle l'existence d'une certaine quantité de muco-pus : on interroge à nouveau le malade et on lui fait avouer une blennorrhagie dont un pharmacien l'a traité par le copahu à hautes doses.

L'exanthème dès lors ne serait-il pas dû à l'abus des balsamiques et ne serait-il pas accidentellement développé au cours d'une légère affection des bronches ? — L'affirmative résulte de l'examen plus approfondi des urines, qui renferment de la résine copahivique, et par la marche ultérieure de l'affection.

Qu'on supprime l'examen de l'urine, le diagnostic erroné était maintenu et cela, d'autant mieux, que les symptômes du côté des muqueuses pouvaient en imposer, tandis qu'un simple coup-d'œil a remis immédiatement dans la bonne voie.

Une autre fois, ce sera un albuminique chez lequel n'auront pas encore apparu l'œdème pulmonaire, les épanchements dans les séreuses ou le tissu cellulaire, ni les troubles de la vision, et dont l'examen des urines seul fera connaître la maladie.

Mais il est inutile d'insister, chacun de nous trouverait dans ses souvenirs des cas de ce genre.

Bornons-nous à constater qu'une étude pratique sur ces matières peut n'être pas inutile, et entrons immédiatement dans la question.

(*A suivre.*) Dr G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES ASSURANCES SUR LA VIE

Quelques renseignements sur la Compagnie d'assurances sur la vie, LA NEW-YORK.

Pour mettre nos lecteurs au courant des mo-

tifs de nos décisions très-prochaines, nous jugeons avantageux de publier la correspondance qui suit : Les adhérents du *Concours médical*, ne se plaindront pas de voir les colonnes de la chronique professionnelle consacrées à élucider des points qui nous importent à tant de titres.

Monsieur et honoré confrère,

Si vous jugez à propos de reproduire les quelques observations que je vous adresse au sujet de la Cie la New-York, je crois que ce sera une bonne chose, car autour des questions financières, il n'y a jamais trop de lumière.

Inutile de vous dire que je ne me suis jamais occupé de questions d'assurance; aussi vous ne serez point étonné de me voir faire des objections qui, peut-être, n'ont aucun fondement, au sujet du choix d'une compagnie.

J'établis un parallèle entre une Compagnie française, la par actions si vous le voulez bien, et la New-York.

Cie PAR ACTIONS	LA NEW-YORK.
1o GARANTIES.	
Le compte des opérations doit être déposé tous les ans, au Ministère de l'Agriculture et du commerce, etc., et contrôlé par le gouvernement.	Société étrangère sans contrôle du gouvernement.
2o PRIMES.	
Pour les assurances mixtes de 20 ans qui offrent le plus d'avantages, les primes sont moins élevées.	Plus élevées dans ce cas.
Ex. : 30 ans 479 31 — 482 32 — 485 33 — 488 etc.	Ex. : 30 ans 485 31 — 487 32 — 489 33 — 492 etc.
3o Après trois primes versées, l'assuré qui cesse de payer ses primes n'est pas pour cela déchu de tous ses droits.	3o La police n'a plus aucune valeur, le jour où on cesse le paiement d'une prime.
4o Le capital garanti est seulement réduit dans la proportion des primes versées, l'assuré peut même toucher immédiatement la valeur de sa police moyennant un escompte à 5 p. 0/0 l'an pour les années restant à courir.	4o Perte totale du capital assuré.
5o BÉNÉFICES.	
Sont acquis tous les deux ans, après la répartition, et peuvent être reçus en argent comptant ou employés en augmentation du capital assuré, ou en réduction des primes annuelles.	Le système d'accumulation des bénéfices, est ici une assurance tontinière de survie. Si l'assuré décède la dix-septième ou dix-huitième année de son contrat, il perd non-seulement les bénéfices, mais encore l'intérêt des sommes versées.
6o RÉSULTAT FINAL.	
Pas de risques à courir, moins de bénéfices.	20 ans de risques, bénéfices plus grands.

Prenons un exemple :

J'ai 33 ans et contracte une assurance mixte de 20 ans au capital de 20,000 francs, payable à mes héritiers après mon décès s'il survient avant les 20 ans, ou à moi-même au terme du contrat.	33 ans, prime 984 fr.
De 1865 à 1877 d'après le livret-prospectus de la Cie par action, un assuré payant une prime de 729 francs avec participation de moitié dans les bénéfices de la Compagnie, a touché en augmentation de capital au bout de ces 14 ans, 4,479 fr.	Résultat probable au bout de 20 ans d'après le tableau no 3 41,080 francs. Différence en faveur de la New-York 10,100 fr. 05.

Payant une prime annuelle de 976 francs avec addition des bénéfices et calculant sur l'exemple ci-dessus, je dois toucher dans 20 ans, 30,979 fr. 95 environ, (c'est peut-être une erreur en plus ou moins),

Ma police a toujours une valeur et en cas de décès, les bénéfices acquis viennent s'ajouter aux 20,000 francs assurés.

Reste à savoir, si pour tout le monde, les bénéfices plus élevés balancent avantageusement les risques à courir. Assurance d'un côté, loterie de l'autre.

La caisse de prévoyance du *Concours médical* est bien un paratonnerre, mais en résumé, « un

tiens vaut mieux que deux tu l'auras, » et je préférerais au mode d'assurance tontinière, l'assurance française, telle que je la viens d'exposer avec des bénéfices un peu plus élevés. C'est ce que doit pouvoir faire la New-York, n'ayant point d'actionnaires à contenter.

Agréez, etc. Dr Dubois, à Marans.
10 juillet 1880.

Réponses aux observations comparatives présentées par M. le Dr Dubois, de Marans, membre du Concours médical (n° 338), adressées le 10 juillet, à M. le Dr Cézilly.

1° Garanties. — *Le compte des opérations des Compagnies françaises doit être déposé chaque année au Ministère de l'Agriculture et du Commerce qui en contrôle l'exactitude, — Il n'en est pas ainsi pour la New-York.*

— Il ne nous appartient pas d'examiner dans quelle mesure le gouvernement exerce le droit de contrôle qu'il s'est réservé, et si ce contrôle est bien efficace. Mais si la New-York, compagnie américaine, n'est pas soumise au contrôle de l'État en France, elle subit, aux États-Unis, *un contrôle bien autrement sérieux et efficace*, puisque toutes ses opérations d'assurance, de réserves, de dividendes, de placement, etc., sont examinées chaque année, une par une, *par un ministère spécial* et qu'elle doit obtenir, chaque année, un certificat attestant que sa gestion a été excellente et que les intérêts de ses commettants sont sauvegardés d'une manière absolue.

2° *Les primes d'assurance mixte de 20 ans sont plus élevées à la New-York qu'à la Cie par actions.*

La New-York n'a jamais dit que ses primes fussent toujours inférieures à celles des Compagnies françaises par actions. Les seules primes qui soient moins élevées sont les primes de l'assurance en cas de décès, avec ou sans participation dans les bénéfices.

Mais elle dit que chez elle les résultats de l'assurance sont toujours plus avantageux.

Prenons un exemple : Assurance mixte de 20 ans, capital 10.000 fr. — Age : 30 ans.

Prime à la	Cie par actions	New-York.
Avec participation.	479	485
Sans participation.	431.10	»

(La New-York ne fait pas l'assurance mixte sans participation.)

Sur le tarif sans participation de la Cie par actions, l'assuré, au bout de 20 ans, aura versé 8.622 fr. de prime.

Sur le tarif avec participation de la New-York, l'assuré aura payé 20 primes, 9.700 fr. 9.700 »
d'où il faut déduire les résultats de la participation annuelle, employée chaque année à réduire la prime. La New-York calcule que, en 20 ans, l'assuré arrive progressivement à une réduction minimum de 50 0/0 de sa prime. La prime de première année étant 485 »
et la prime de 20e année 242 50
727 50
la prime moyenne se trouve être 363 75
qui, multipliée par 20 ans, donne un total 7.275 »
La prime, sans participation de la N..., étant 8.622 »
Il en résulte pour la New-York un bénéfice de 1.347 »

3° et 4° *Après trois primes versées à la N..., l'assuré n'est pas déchu de ses droits s'il cesse de payer ses primes. — A la New-York, sa police n'a plus aucune valeur.*

Cela est contraire à la vérité. La déchéance ne peut être encourue, pour un assuré de la New-York, *que dans un seul cas*, si l'assuré a fait son contrat en y appliquant le système des *polices d'accumulation des bénéfices*. Cela tient à ce que, dans ce cas particulier, il y a en cause, avec l'assuré et la Compagnie, un groupe spécial d'associés dont les intérêts doivent être toujours sauvegardés. Mais, en raison de cette déchéance possible, la Compagnie a accordé des délais spéciaux pour le paiement de la prime ; ces délais sont de droit.

Dans toutes les combinaisons de la New-York, l'assuré qui a payé 3 primes, a droit à une valeur de rachat ou à une police libérée, payable à la même échéance que la police primitive, et calculée d'après le montant de la réserve ou le nombre des primes payées, selon le cas.

5° Bénéfices. — *A la Cie par actions, les bénéfices sont acquis tous les deux ans et peuvent être reçus en argent comptant ou employés en augmentation du capital assuré, ou en réduction des primes. A la New-York le système d'accumulation est une assurance tontinière de survie, etc.*

— Il ne faut pas conclure de l'exception à la règle. Le système des *polices d'accumulation des bénéfices* n'est applicable que dans ce cas particulier, et il est parfaitement certain que si

si l'assuré décède la 17e ou la 18e année, sa famille touche seulement le capital assuré. Si l'on fait le compte, on voit que ce capital est supérieur à la somme des primes payées, si le tarif employé est celui de l'assurance mixte, et que l'on ne perd pas la totalité des intérêts des primes versées. Dans le cas de l'assurance payable au décès, il y a *toujours* un bénéfice supérieur à cet intérêt des primes.

Mais il ne faut jamais perdre de vue que l'assurance n'est pas un placement de fonds ; elle est une opération de prévoyance pour la famille.

Il ne faut pas oublier non plus que le système de l'accumulation des bénéfices est une opération *personnelle* à l'assuré qui joue *en définitive* ses bénéfices et qui peut ne pas gagner, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Mais toutes les fois qu'il n'y a pas police d'accumulation de bénéfices (et cette opération est exceptionnelle) l'assuré de la New-York reçoit ses dividendes *tous les ans* (et non tous les deux ans comme à la Cie par actions), et peut les employer à son gré, en diminution de la prime (ou en espèces, ce qui revient au même,) ou en augmentation du capital. La seule différence consiste en ce que ces bénéfices sont beaucoup plus considérables à la New-York, parce que cette compagnie n'a pas d'actionnaires prélevant la plus claire et la plus grosse part des bénéfices.

6e Résultat final. Assurance mixte de 20 ans, capital 20,000 ; âge 33 ans.

Prime annuelle	à la Cie par actions	976 »
	à la New-York	984 40

Si, au bout de quatorze ans, le contrat de la Cie par actions, a donné une augmentation de 4,479 fr. pour une prime de 729, on peut admettre que, au bout de vingt ans, cette augmentation serait à peu près doublée, *au maximum*; le contrat de 20,000 francs vaudrait donc 30,900 francs au maximum.

A la New-York le contrat avec *accumulation des bénéfices* donnerait à l'assuré lui-même un capital approximatif de 41,080 francs constituant bien un bénéfice de 10,000 francs sur le contrat de la Cie par actions, avec la chance de perte des bénéfices si l'assuré meurt la 19e année.

Mais si l'assuré, repoussant le système des polices avec accumulation, a préféré rester libre de ses bénéfices chaque année et s'il les a employés *toujours* en augmentation du capital, l'expérience du passé démontre que son capital se sera accru en 20 ans de 70 à 80 0/0 sans perte possible. Il touchera donc lui-même, la vingtième année, sur le taux moyen de 75 0/0, disons même au plus bas, sur 70 0/0, 34,000 fr., ou entre 34 et 36,000 fr. ; s'il meurt la dix-neuvième année, son héritier touchera lui aussi, les augmentations acquises.

Et, de même qu'à la Cie par actions, la police a toujours une valeur proportionnelle de réduction ou de rachat.

M. le Dr Dubois, qui a fait son travail de comparaison avec la plus entière bonne foi, n'a pas suffisamment examiné toutes les parties de la note publiée dans le supplément du *Concours Médical* du 10 avril, sans quoi il y aurait trouvé lui-même les explications qui précèdent.

En résumé : la New-York pratique les mêmes combinaisons d'assurances que les compagnies françaises et elle opère de la même façon en ce qui concerne le rachat ou la réduction des polices après trois années de primes payées. Son système de l'*accumulation des bénéfices*, qui n'est qu'un mode d'emploi des bénéfices, est une opération absolument indépendante de l'assurance ordinaire et peut être ou n'être pas, au gré de l'assuré, juxtaposée au contrat d'assurance. Si l'assuré veut faire une spéculation sur ses bénéfices, il le fait en connaissance de cause, sachant parfaitement le danger qu'il peut courir, et y parant autant qu'il l'a jugé utile; les bénéfices sont en proportion du risque couru.

Dans tous ses autres contrats, la New-York, offre, sans danger aucun, des avantages de beaucoup supérieurs aux avantages des compagnies françaises, et cela tient uniquement à ce qu'elle n'a pas, comme elles, un capital-actions grévant son avoir outre la totalité des bénéfices faits sur les placements de fonds, et prélevant la moitié des bénéfices qui proviennent uniquement des assurés.

Le chef du Bureau de Paris.

COLLET.

Honoré Confrère,

J'ai été pleinement satisfait de la réponse qui m'a été faite, et je vous adresse tous mes remerciements pour le zèle et les soins que vous employez au service de la cause médicale.

Je suis convaincu maintenant que la New-York offre des avantages bien plus considérables que les Compagnies françaises, si j'avais eu lu avec plus de soin le numéro du 15 mai j'y aurais trouvé la réponse à plusieurs objections; mais néanmoins je ne suis pas fâché d'avoir eu de nouvelles explications.

Je vous adresse la réponse faite avec beaucoup d'obligeance par la New-York.

Recevez mes remerciements et l'assurance de mon dévouement. P. DUBOIS.

Liste des médecins consultants aux diverses stations thermales.

Dr Badoz, médecin consultant à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.

Dr Chabory, au Mont-Dore. Puy-de-Dôme.

Dr Moinet, à Cauterets, Hautes-Pyrénées.

Dr Caubassèdes, inspecteur à Cauvalat (sulfurée sodique) près le Vigan, Gard.

Dr Breton, au Mont-Dore.

Dr Noir, de Brioude, consultant à la Bourboule.

Dr Evrard d'Orsennes, à la Bourboule.

Dr Dubourcau, à Cauterets.

Dr Grellety, à Vichy, Allier.

D Barry, villa Murat à Royat, Puy-de-Dôme.

Dr Greuell, directeur de l'établissement hydrothérapique à Gérardmer, Vosges.

Dr Dumas-Aubergier, médecin inspecteur à Saint-Nectaire, Puy-de-Dôme.

Dr Fraiche, médecin consultant à Aulus, Ariége.

Dr Debout d'Estrée, médecin inspecteur à Contrexéville, Vosges.

Dr Bibart, médecin consultant à Enghien, Seine-et-Oise.

Dr Souligoux, médecin consultant à Vichy, Allier.

Dr Bertrand, inspecteur à Sail-sous-Couzan, Loire.

Dr Lambron, à Luchon, Haute-Garonne.

Dr Bougard, à Bourbonne-les-Bains, Haute-Marne.

Dr Décujis, directeur de l'établissement hydrothérapique à Bessé-sur-Yssole, Var.

Dr Salmon, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.

Dr Poché, médecin inspecteur à Royans, Charente-Inférieure.

Dr Odin, médecin consultant à Saint-Honoré-les-Bains, Nièvre.

Dr Joubert, médecin inspecteur à Gréoulx, Basses-Alpes.

Dr Cazenave de la Roche aux Eaux-Bonnes, Basses-Pyrénées.

Dr Bordères, médecin consultant à Siradan, Hautes-Pyrénées.

Dr Amédée Tardieu, médecin consultant au Mont-Doré, Puy-de-Dôme.

Dr Frédéric Morin, médecin consultant, à la Bourboule, Puy-de Dôme.

CORRESPONDANCE

AVIS. — *L'administration du* Concours Médical *prie les correspondants qui réclament une réponse de vouloir bien ne pas omettre de joindre le timbre de retour et le prix des numéros du journal, quand ils en demandent l'envoi. — M. le Directeur du* Concours Médical *est visible au bureau, le lundi, le mercredi et le samedi, de 3 heures à 5 heures.*

— Dr C., 640 (Hérault).

Oui, les résultats seront en rapport avec la volonté de chacun de nous de faire acte sérieux de concours. Vous ajoutez : « Un jeune homme, en chassant, franchit un « fossé et reçoit dans le ventre la charge de son fusil. « Je suis appelé par la famille. Le blessé meurt au bout « de quelques heures. Le brigadier de gendarmerie vient « alors chez moi me réclamer un certificat constatant la « nature de la blessure, direction du coup, etc... Ce cer- « tificat que le brigadier est tenu d'envoyer au Procureur « de la République, par qui doit-il être payé? J'ai con- « sulté inutilement Briand et Chaudé. Le brigadier ne « sait pas, de son côté. Cependant ce certificat ne serait- « il taxé que dix centimes, je n'entends pas, pour mille « raisons, en faire cadeau à l'Etat. Nous payons patente ; « on nous répond que l'on n'a rien à voir à nos veuves « et à nos orphelins ; que ce qui est bon en Hongrie ne « vaut rien chez nous ; que puisqu'on nous paye chaque « fois qu'on se sert de nous, nous n'exerçons pas une « fonction publique, etc... On doit donc nous payer. »

Voyez les numéros 24 et 26, année 1879, du Concours Médical : il s'agissait seulement, dans votre cas, de tenter de rappeler à la vie, ou d'accomplir des formalités de police administrative. Les frais de justice doivent être acquittés, soit par la famille du décédé, soit par la commune. Vous auriez dû dans tous les cas, *réclamer préalablement une réquisition écrite.*

— Dr B., à B., 18 août.

Votre réclamation a été transmise à M. A. Nous croyons que vous êtes dans l'erreur et que les avantages sont réels. Essayez et comparez les prix avec ceux de vos fournisseurs antérieurs et la qualité. Pourquoi vous plaindre, puisque vous êtes très-satisfait de votre champ d'exercice et pourquoi chercher à qualifier une détermination : qui peut être dictée par la nécessité? C'est vous créer des préoccupations bien vaines, que de rechercher ainsi les petits côtés des choses ; soyez indulgent.

— Dr B., 989 (Puy-de-Dôme), 16 août.

C'est une simple erreur de mise en pages. On a rectifié.

— Dr T., 953 (Maine-et-Loire), 16 août.

Les brochures ont été réclamées en vain à l'étranger. On attend la réponse. Vous n'avez pas indiqué la date. On n'a pas trouvé à Paris. On ne peut adopter les envois que vous désirez. Il y a trop peu de demandes de ce genre. Notre bibliothèque s'accroît très-lentement et nous ne disposons pas des ressources si considérables que nécessiterait ce que vous proposez. Vous êtes dans l'erreur si vous croyez que l'aconitine n'est pas employée. On l'a même spécialisée, il y a déjà longtemps. D'ailleurs, la teinture est actuellement bien préparée, si vous veillez à informer le pharmacien de votre désir pour la provenance de la racine. On masque aisément le goût et on fait des potions très-aisément acceptées. Les questions d'école et de coterie n'ont rien à voir dans une chose si simple.

— Dr P., à V. (Cher), 21 août.

Vous êtes inscrit et nous prenons bonne note de votre promesse.

— Dr D., à B., 303 (Seine-et-Marne).

En consultant la table de 1879, vous auriez trouvé la réponse dans le numéro 22. C'est un devoir de contrôler les résultats annoncés par ceux des nôtres qui nous font part sans prétention des fruits de leurs études.

— Dr S., à B. (Vaucluse).

Notre grande préoccupation réside dans la recherche de ce qui est notre devoir et des droits qui découlent de nos devoirs accomplis. Vous auriez évité l'inconvénient que vous signalez, si vous aviez contracté à la *New-York* une assurance à terme fixe. Dans cinq ans, nous sommes bien certains que vous viendrez au Phénix. A votre âge (puisque vous en parlez), on est peu enclin aux illusions et vos éloges sont d'autant plus flatteurs pour le *Concours Médical.*

— Dr L., à Ste-G. (Oise).

L'administration a payé 2 fr., à la Société d'Hygiène, 30, rue du Dragon, pour votre envoi.

— Dr P., 794 (Vaucluse).

Les primes pour une assurance de 10,000 fr., sur votre âge, 53 ans, sont les suivantes :

Assurance mixte de 10 ans.	1,158 60
— — 15 ans.	805 10
Assurance payable au décès seulement. .	543 10

La New-York ne fait pas d'assurance mixte de 12 ans. Elle n'accepte l'assurance mixte que pour des périodes indivisibles de 5 ans en 5 ans : 10, 15, 20, 25, 30 ou 35 ans.

Les trois primes indiquées ci-dessus sont avec participation aux bénéfices p. 0/0.

— Dr L., à V. (Ardèche), 20 août.

Merci de votre envoi. Nous vous réclamerons une suite dans quelque temps.

— Dr T., à N. (Cher). — C., à G. (Seine-et-Oise). — L., à A. (Seine-et-Oise). — Ch., à P. (Ain).

Inscrit vos adhésions.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 36 4 septembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

La mortalité des jeunes enfants est en ce moment excessive, du moins à Paris. Nous avons souvent eu, depuis la fondation du *Concours*, l'occasion d'entretenir nos lecteurs d'une des causes de cette effrayante mortalité, le choléra infantile.

Dans la dernière séance de l'Académie, un des vétérans de la docte assemblée, M. Bouchardat, a lu, sur ce sujet, un bien intéressant mémoire. Ce n'est pas que M. le professeur Bouchardat ait apporté des faits bien nouveaux à la tribune académique, mais il est toujours bon de rappeler l'attention publique sur les conséquences de la mortalité enfantine, au point de vue de vue de la dépopulation de notre pays.

Nous aurons occasion de revenir souvent encore sur les causes de la mortalité des enfants, sur l'allaitement artificiel et maternel, sur l'hygiène du nouveau-né. Nous utiliserons alors le mémoire de M. Bouchardat qui résume ainsi sa communication :

« De l'étude à laquelle je me suis livré, je crois devoir conclure que la plus grande masse de lait commercial vendue à Paris ne peut remplir les conditions indispensables à l'alimentation depuis la naissance jusqu'à un an ; qu'il ne digère pas de la même façon que le lait de la mère, qu'il détermine de la diarrhée infantile ou alimentaire et que cette maladie est la cause dominante de l'énorme excédent de la mortalité ; par toutes ces voies, nous sommes une fois de plus conduit à affirmer l'opinion que j'ai depuis longtemps défendue, et qui, du reste, est généralement admise aujourd'hui :

« Qu'il convient de faire de continuels efforts pour revenir exclusivement, sauf de très-rares exceptions, à l'allaitement maternel, non-seulement à Paris, mais partout. »

— Le congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique doit tenir à Lisbonne, le 20 septembre, sa neuvième session.

On jugera de son importance par ce fait qu'une centaine de savants de toutes les parties de l'Europe ont annoncé déjà leur arrivée. La plupart des gouvernements seront officiellement représentés. Pour la France, M. le docteur Magitot, secrétaire général adjoint de la Société d'anthropologie, et M. Emile Cartailhac, président de la section d'anthropologie de l'Association française, sont délégués par le ministre de l'instruction publique. Ce dernier est chargé, en outre d'une mission scientifique en Portugal et en Espagne.

Avec la protection de l'État, le comité portugais a préparé la session à grands frais et avec beaucoup de soin. Il a créé tout un musée avec le produit de fouilles nombreuses et très-heureuses, soit dans les couches tertiaires de la vallée du Tage, soit dans les dépôts quaternaires de Lisbonne et de Leira, soit dans les *kjokenmoeddings* ou amas de coquilles comestibles de Mugen, soit dans les cavernes artificielles sépulcrales, soit dans les monuments mégalithiques ou *antas*...

Sur plusieurs points les tranchées ont été laissées ouvertes afin que les membres du Congrès

aient la facilité de voir en place des squelettes humains ou de juger par eux-mêmes de la situation exacte des objets d'industrie.

Les séances commenceront le 20 septembre, à une heure, dans la grande bibliothèque de l'Académie. Le matin de chaque jour on discutera les questions relatives au Portugal. L'après-midi l'ordre du jour est libre; vingt-six communications sont déjà inscrites.

Les mercredi, vendredi et mardi, auront lieu des excursions; après le Congrès, une excursion finale permettra de visiter les ruines mystérieuses, — *Citania,* — de la province du Minho.

Il y a réduction de moitié sur le prix des places des chemins de fer espagnols et portugais. Pour faire partie du Congrès et recevoir toutes les publications, il suffit d'envoyer 12 fr. par la poste à M. A.-C. Teixera de Aragao, professeur d'hygiène militaire, à Lisbonne.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

Des accidents de la délivrance après l'avortement.

« La femme qui avorte, disait Mauriceau, est plus difficilement délivrée de l'arrière-faix que celle qui accouche à terme...

« Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent et tombent de l'arbre quand ils sont mûrs, et qui, au contraire, en sont difficilement séparés, quand ils sont verts. »

C'est pendant la délivrance que l'avortement présente, en effet, le plus de danger. Si on peut se rendre toujours maître de l'hémorrhagie, qui est la compagne obligée de l'expulsion de l'embryon, il n'en est plus de même des complications qui peuvent suivre. Le danger est parfois imminent, l'on a à parer à des éventualités multiples, et les ressources dont on dispose sont quelquefois d'une difficile exécution.

En effet, il en est de l'avortement comme de l'accouchement à terme. Lorsque tout se passe bien, l'intervention de l'art est à peine nécessaire. Cela est si vrai que l'on voit des femmes avorter, sans cesser, pour ainsi dire, de vaquer à leurs occupations. Mais à la moindre anomalie le danger surgit, presque toujours redoutable.

Au début de la carrière médicale, on a généralement peu d'expérience en ce qui concerne les avortements. On ignore surtout quel doit être l'aspect, le volume, la consistance, l'organisation physique, en un mot, de l'arrière-faix. Peu volumineux, souvent en lambeaux, ou masqué par des caillots, il est presque toujours jeté, lorsqu'une complication demande le secours du médecin. Aussi nous attacherons-nous à décrire ce que la femme doit expulser aux diverses périodes de la grossesse, lorsqu'une cause fortuite vient en interrompre le cours, et amener l'expulsion prématurée du produit de la conception.

Après avoir décrit l'évolution normale de la fausse couche à chaque époque de grossesse, nous décrirons les complications qui peuvent la suivre.

Cette partie de la science obstétricale a été savamment traitée dans un travail de M. Guéniot (Bulletin de thérapeutique, 1867). Nous y puiserons largement.

Il faut donc d'abord étudier :

1° Les complications de l'avortement jusqu'à deux mois et demi de grossesse, époque où le placenta est distinct.

2° De deux mois et demi à quatre mois et demi, époque où le placenta est complètement organisé et où l'embryon passe à l'état de fœtus.

3° De quatre mois et demi à six mois.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Il n'y a pas d'avortement sans perte. Elle est la condition nécessaire de l'expulsion de l'œuf. En effet, à cette époque, selon l'heureuse expression de M. Pajot, l'œuf est placenta partout. Or, ce placenta se décolle avant la sortie de l'embryon, et, tant que l'utérus sera plein, son retrait impossible ne saurait obturer les vaisseaux béants. La faiblesse contractile de l'organe, le peu de ramollissement du col, la nécessité de sa dilatation dans toute sa hauteur, tout cela explique surabondamment la longueur du travail, on peut même observer une véritable intermittence. Il semble que l'utérus, épuisé par ses efforts prématurés, ait besoin de reprendre haleine pour recommencer son œuvre.

L'hémorrhagie pendant l'avortement n'est donc une complication qu'autant qu'elle est grave. C'est un phénomène fatal, inévitable; et, à part quelques cas exceptionnels, où le fœtus est mort depuis longtemps, elle ne fait jamais défaut.

Jusqu'à deux mois et demi, l'œuf est le plus souvent expulsé intact. Quelquefois aussi, il se rompt à son passage à travers le col, circonstance défavorable qui retarde la délivrance. Les villosités enveloppent l'œuf de toutes parts; il implante ses racines multiples dans la caduque par tous les points de son pourtour. Isolé de ses enveloppes,

il a l'aspect d'une petite poche, transparente, pleine de liquide, dans laquelle on voit osciller l'embryon.

A un mois de grossesse, l'œuf est plus gros que celui d'un pigeon. A deux mois comme un œuf de poule. Ses villosités diminuent et s'atrophient à mesure qu'on approche de deux mois et demi, sauf en un point toutefois, où leurs ramifications s'accroissent pour constituer le placenta.

Quant à l'embryon, il a 6 à 8 millimètres de longueur à vingt jours; 12 millimètres environ à un mois; 2 centimètres 1/2 à deux mois. Ces mesures sont évidemment approximatives, car il est fort difficile de préciser l'époque exacte du début de la grossesse.

Le cordon n'apparait guère qu'à un mois ; il est alors lisse et un peu infundibuliforme.

Quant au délivre, il est, à cette époque, constitué par la caduque. Elle peut accompagner, suivre, ou quelquefois précéder en partie la sortie de l'œuf. Ce dernier est souvent enchâssé ou caché dans son intérieur. Quelquefois même un volumineux caillot recèle le tout. Aussi faut-il avoir soin de recueillir tous les débris, de les examiner sous l'eau, et de faire des sections prudentes dans les caillots pour y découvrir l'œuf entier. Des deux feuillets de la caduque, le pariétal est toujours plus épais, il a 7 à 8 millimètres à un mois de grossesse, et un centimètre et plus à trois mois où l'hypertrophie atteint son maximum. Sa surface externe est villeuse, tomenteuse, sa surface interne est lisse.

Le feuillet ovulaire est toujours plus mince; sa surface villeuse est interne, sa surface lisse est externe. Ils ne sont guère en contact absolu qu'à deux mois et demi, séparés avant cette époque par l'hydropérione. Tantôt l'œuf arrive complètement enveloppé dans son feuillet réfléchi, tantôt à demi coiffé par lui. Ailleurs, dans le premier mois surtout, tout arrive à la fois, mais le feuillet pariétal est alors en plusieurs lambeaux. Tantôt, enfin, l'œuf sort intact et la caduque vient quelques heures, ou un ou deux jours après, en général, par fragments successifs, précédés de coliques et de pertes légères.

Le feuillet pariétal est-il nécessairement caduque? Ne pourrait-il point rester dans l'utérus sans s'exfolier? M. Guéniot le croit, et nous l'avons nous-même observé dans deux cas, où un œuf d'un mois est sorti enveloppé d'un feuillet qui, à cause de sa minceur, ne pouvait être que le feuillet réfléchi, et dans lequel la femme qui surveillait tout ce qu'elle rendait, ne nous a jamais présenté d'autres membranes.

Parfois enfin, la caduque est expulsée seule, entière, hypertrophiée, avec ses deux portions parfaitement distinctes, mais inhabitées, sans œuf inclus. Tout a été résorbé et la caduque a continué à végéter dans l'utérus. Il m'a été donné d'observer deux cas d'expulsion de caduque, ayant ainsi survécu jusqu'à deux mois et demi à la mort de l'embryon. L'expulsion a eu lieu après une hémorrhagie et tous les signes ordinaires de l'avortement.

Telle est l'évolution normale de la fausse couche dans les deux premiers mois. Les complications sont rares. Exceptionnellement le travail est rapide, l'expulsion spontanée. Mais le plus souvent, comme il y a disproportion entre l'effort utérin et l'obstacle qu'il est appelé à surmonter, le travail traîne en longueur. Il peut ainsi donner lieu à une perte grave par sa persistance à cause de la solidité des attaches de l'œuf, mais peu grave par son intensité.

L'hémorrhagie sera néanmoins rarement redoutable, et dans tous les cas facile à modérer par les réfrigérents ou à maîtriser par le tamponnement qui, en sollicitant les contractions, présentera un double avantage.

L'infection putride est-elle à craindre? Rarement encore, car les débuts de caduque séjournent peu dans l'utérus, et non parce qu'ils sont peu volumineux : car, si « l'infection putride, dit « M. Guéniot, est d'autant moins à craindre que « le caillot non détaché est plus petit, » il n'en est pas de même lorsqu'il est détaché; quelque petit qu'il soit, il peut déterminer l'infection putride.

Il ne faut donc pas se fier à l'exiguité des portions de délivre restées dans l'utérus. Par contre, il est des cas, tout aussi exceptionnels, dans lesquels il y a eu rétention prolongée du délivre, avec une fétidité indiquant sa putréfaction, sans retentissement dans l'état général de la femme.

(*A suivre.*) Dr B. B.

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

(*Suite*).

I. — CARACTÈRES PHYSIQUES GÉNÉRAUX DE L'URINE.

L'urine humaine, secrétée pendant l'état de santé, est un liquide limpide, de couleur jaune citrin, de saveur un peu amère et saline, d'odeur spéciale très-légèrement musquée lorsqu'elle vient d'être émise. — Sa réaction normale est acide.

Tous ces caractères étant variables, il convient

de les étudier successivement et de les discuter.

Quantité. — D'après Becquerel un kilogramme 'homme sécrète en moyenne par jour, 20 centimètres cubes d'urine, ce qui dome à peu près 1300 grammes pour un homme de force moyenne. La femme urine un peu plus, soit 1400 grammes environ.

L'alimentation fait varier cette quantité. Elle augmente par l'ingestion des boissons aqueuses abondantes, telles que la bière, le thé, l'eau ou par l'usage des aliments salés. Mais elle diminue si ces boissons provoquent des sueurs copieuses.

Dans tous les cas, ces variations de la quantité d'urine excrétée sont moins grandes que celles des boissons absorbées.

La sécrétion rénale s'accroît avec l'activité des organes et s'affaiblit par contre pendant le sommeil. C'est une heure ou deux après le principal repas que l'émission de l'urine est à son maximum, le minimum a lieu dans la nuit.

Enfin il existe une sorte de balancement fonctionnel entre les trois grands émonctoires : le rein, la peau, la muqueuse pulmonaire; c'est ce qui fait qu'on urine moins en été qu'en hiver, bien que généralement on boive davantage.

Aspect. — L'urine est claire au moment de son émission.

Cette condition, absolue pour l'homme dans 'état d'intégrité des voies urinaires, n'a plus la même valeur chez la femme dont l'urine présente le plus souvent un léger nuage dû à la desquamation épithéliale.

Abandonnée à elle-même, l'urine peut se troubler soit par suite du départ de l'acide carbonique dissout, soit par un commencement de fermentation ammoniacale : Certains sels peuvent alors se précipiter et le phénomène est encore augmenté par le refroidissement.

Couleur. — Elle va de la teinte jaune la plus pâle au jaune rougeâtre foncé.

L'urine de la nuit, celle de la digestion est en général plus colorée; l'urine des boissons au contraire est plus pâle.

Enfin, certaines substances alimentaires ou médicamenteuses peuvent faire varier la coloration.

Odeur. — Elle est caractéristique : légèrement musquée d'abord, elle devient rapidement *urineuse* et reste telle jusqu'à ce que la fermentation se montre, moment où elle est *ammoniacale.*

De même que la couleur, l'odeur est *fréquemment* modifiée par l'ingestion de divers aliments ou médicaments.

Saveur. — Amère, saline et acidule, elle est due principalement au chlorure de sodium et à l'urée.

Densité. — Elle peut varier de 1,005 à 1,030, mais en moyenne elle oscille entre 1,015 et 1,025. L'urine des boissons est la moins dense 1,004 à 1,010; l'urine de la digestion est la plus dense 1,020 à 1,028. La densité est moindre chez la femme que chez l'homme; elle diminue ou augmente avec toutes les causes qui augmentent ou diminuent la quantité d'eau introduite dans l'organisme.

Nous avons parlé d'urines de la boisson, de la digestion, — mentionnons encore l'urine du sang ou de la nuit plus dense, plus foncée, plus acide et partant moins abondante. — Ces termes s'expliquent d'eux-mêmes et nous croyons inutile d'insister; disons seulement que la comparaison, lorsqu'elle sera faite, devra toujours porter sur les urines de même nature, et que les analyses en aucun cas ne sauraient porter sur les urines de la boisson essentiellement variables.

II. — ÉTUDE CHIMIQUE DE L'URINE NORMALE.

Dire que l'urine est le résidu de l'alimentation et de la désassimilation organique, c'est dire qu'elle est un liquide extrêmement complexe et qu'elle renferme les substances prises en excès et absorbées pendant la digestion d'une part et de l'autre toutes celles qui proviennent des phénomènes de dédoublement et d'oxydation qui se passent au sein de l'organisme.

La réaction généralement acide peut devenir alcaline quelques heures après les repas, surtout à la suite d'un usage exclusif d'aliments végétaux.

L'acidité est due à des sels acides : à des urates et des hippurates acides, mais surtout au phosphate acide de sodium.

Cette acidité est en moyenne neutralisée, pour la totalité des urines émises en 24 heures, par 1 gr. 5 de soude fondue.

Matériaux dissous. — La quantité de ces matériaux qui, en moyenne, est de 42 grammes par litre, peut s'abaisser à 20 grammes ou bien au contraire, monter à 65 grammes.

L'analyse faite par Lehmann donne :

Eau		932
Urée.		32
Acide urique.		1
Mucus vésical.		0,10
Créatine, créatinine, etc.	1,5	
Matières extractives.	11,5	
Lactates.	1,7	14,70
Sulfates de potasse et de soude.		7,30
Phosphates de soude et Phosphate d'acide d'ammoniaque.		4
Clorure de sodium et Chlorure d'ammonium.		3,70
Phosphates de chaux et Silice.		1,10

L'analyse faite par M. A. Gautier donne :

Matières organiques, 27-18.

Eau.	956
Urée.	25,37
Acide urique.	0,40
Acide hippurique.	0,35
Créatine, créatinine.	1
Xantine.	0,004
Matières colorantes, acides gras, Glucose, phénol, mucine.	traces.

Matières minérales, 16 gr.

Chlorure de sodium.	10,6
Sulfates alcalins.	3,1
Phosphates de chaux.	0,314
Phosphates de magnésie.	0,456
Phosphates alcalins.	1,43
Acide silicique, ammoniaque, Fer, acide azotique, Oxygène, acide carbonique, Azote.	traces.

. . . .

Il ne s'agit certainement pas ici de chiffres ayant une valeur absolue ni même relative, car on peut trouver même chez l'homme sain les variations les plus considérables.

Avec le poids du résidu sec laissé par l'urine, varie celui des substances précédentes, mais c'est surtout sur le chlorure de sodium et l'urée que portent les différences.

M. A. Gautier indique un moyen aussi simple qu'ingénieux pour conclure de la densité d'une urine du poids du résidu qu'elle laisse par évaporation. Elle consiste à prendre les deux derniers chiffres de cette densité exprimée avec trois décimales et à les multiplier par 2. On obtient ainsi le poids en grammes du résidu pour un litre.

Soit une urine ayant pour densité 1,025 elle contiendrait : 25 multiplié par 2, égale 50 gr. par litre.

Si ce moyen ne peut être employé pour recherches minutieuses, il est très-suffisant pou, les recherches de la pratique journalière et c'est à ce titre que nous le signalons à nos confrères.

Lorsqu'on laisse déposer et refroidir l'urine normale on voit se déposer une petite quantité de matériaux insolubles qui s'agglomèrent et tombent au fond du vase.

On y trouve des cellules épithéliales entourées de leur protoplasma albumineux et provenant des muqueuses urinaires. Ce dépôt insignifiant chez l'homme est plus abondant chez la femme, de sorte que, dans la pratique, la présence de ce dépôt nuageux indique ou bien qu'il s'agit de l'urine d'une femme ou bien que l'homme dont il provient est affecté d'un catarrhe plus ou moins marqué des voies urinaires.

On trouve encore souvent dans l'urine des sédiments non organisés :

Ce sont des urates acides de potasse, de soude, d'ammoniaque ou bien de chaux et de magnésie; plus rarement des phosphates et des carbonates terreux ou de l'oxalate de chaux.

Abandonnée à elle-même, l'urine se fonce, devient plus acide et laisse déposer en plus grande quantité les urates acides et même de l'acide urique. — Il s'agit là d'une véritable *fermentation acide* provoquée par la présence d'un ferment spécial qui fixerait une certaine quantité d'oxygène.

Plus tard enfin une autre fermentation se produit sous l'influence d'un mycoderme spécial différent du précédent. L'acidité diminue, la réaction devient neutre, plus alcaline. L'urée, absorbant deux molécules d'eau, se transforme en carbonate d'ammoniaque, et sous l'influence de ce corps se précipitent les phosphates et oxalates terreux, le phosphate ammoniaco-magnésien, l'urate d'ammoniaque, etc... etc...

C'est la *fermentation ammoniacale*.

Substances accidentellement contenues dans l'urine. — En dehors des substances normales que nous avons mentionnées au chapitre précédent, l'urine peut contenir accidentellement une foule d'autres substances.

Les unes ont pénétré dans l'économie par l'appareil digestif, les autres ont été absorbées par les voies respiratoires, quelques-unes, plus rares, par les muqueuses ou la peau.

Les unes ont été prises comme aliments, les autres comme médicaments, d'autres enfin ont pu être ingérées par mégarde.

Les unes se retrouvent telles qu'elles étaient lors de leur absorption, les autres se sont oxydées, réduites ou ont subi une modification isomérique.

Il est difficile de mentionner tous les cas qui peuvent se présenter, bornons-nous à signaler ceux qui présentent quelque intérêt.

D'une manière générale on peut dire que les matières organiques oxydables sont brûlées dans l'économie. C'est ainsi que les sels neutres organiques à base alcaline passent dans l'urine à l'état de carbonates, que les acides végétaux se retrouvent sous la même forme de carbonates alcalins.

L'alcool est aussi généralement brûlé ; pourtant lorsqu'il a été ingéré à dose suffisante, on le retrouve en nature.

La santonine s'oxydant donne naissance à un acide qui communique à l'urine une couleur rouge ; il en est de même du séné.

Les matières colorantes et odorantes tantôt se modifient, tantôt passent à l'état normal : garance, rhubarbe, campêche, betterave, carotte, térébenthine, ail, castoréum, assa-fœtida, café, asperges, etc...

Les alcalis organiques subissent généralement une transformation isomérique : la quinine se retrouve à l'état de quinidine.

Les matières inorganiques sont moins modifiées, pourtant les sulfures sont transformés en sulfates, l'iode en iodure de sodium, etc...

Les sels alcalins solubles passent sans modifications (carbonates, chlorates, nitrates, chlorures, bromures, iodures). Il en est de même des sulfates, bien qu'à cause de leur action purgative, ils ne se rencontrent que très-rarement dans l'urine.

Les sels métalliques, au contraire, se combinant avec les matières albuminoïdes de l'économie et faisant, pendant un certain temps, partie intégrante des tissus ne s'éliminent que fort lentement. Rien d'étonnant alors que l'analyse ne puisse les déceler dans l'urine.

Quant au temps que mettent ces diverses substances à passer dans l'urine, il dépend de la diffusibilité de la préparation, de la dose et aussi de l'état de l'organisme et de l'individu. On ne saurait en aucun cas établir de règles générales à cet égard.

Dr G.

(A suivre)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES ASSURANCES SUR LA VIE

A monsieur le docteur Cézilly, directeur du CONCOURS MÉDICAL, *Paris.*

Monsieur le Docteur,

Je vous demande la permission de vous adresser quelques observations relatives à l'article Correspondance, concernant les offres soumises par la Compagnie la *New-York* à un de vos confrères dans le numéro du 26 juin 1880. Ce confrère dit qu'il est enchanté des combinaisons offertes par la New-York, et qu'aucune Compagnie française ne peut offrir de pareils avantages.

Ce serait vrai, si les avantages offerts par la New-York étaient fondés ; et je crains, pour ma part, que ces offres ne le soient pas, comme je vais le prouver.

La première question propose une constitution d'un capital de. . . . . 10,000 fr. »
par une assurance mixte d'un différé de vingt ans et dont la prime à payer annuellement est de. . . 497 fr. 90

Toutes les Compagnies françaises garantiront ce capital moyennant la prime annuelle de. . . . 495 fr. »

La New-York dit ensuite : Arrivé à 55 ans, échangez ce capital contre une rente viagère de. . . 2,061 fr. 67

Qu'est-ce que la New-York retire de l'assurance mixte contractée après 20 ans ou après vingt primes payées ? En faisant valoir avec soin ses fonds et accumulant ses primes, elle obtient une somme de. . . . . 15,422 fr. 50

Défalquez-en la somme assurée de. . . . . 10,000 fr. »

Elle réalise un bénéfice de. . . . 5,422 fr. 50
dont la moitié seule, soit 2,711 fr. 25 cent. appartient à l'assuré et lui produit le droit de toucher à 55 ans la somme de. . . . . 12,711 fr. 25

A cet âge, consultant les tarifs de rentes viagères de la New-York, que j'ai sous les yeux, je trouve qu'à 55 ans elle donne pour prime de rente viagère, payable par année, c'est-à-dire en un seul terme, le taux de 9,66 p. 0/0, soit sur 12,711 fr.

25 cent., une rente annuelle de.... 1,227 fr. 90
Il y a donc loin de cette somme à celle annoncée dans l'article présenté. Cette somme, jointe à celle de........................ 247 fr. 20
qu'on donne, à votre client, le conseil d'acheter moyennant un prix de 3,500 fr., ne donne que....... 1,475 fr. 10
de rente viagère et non 2,309,47 comme le dit la New-York. L'honorable praticien ajoute : les Compagnies françaises sont loin de pouvoir nous offrir les avantages de la New-York.

J'ai l'honneur, monsieur le Docteur, d'être directeur de la Compagnie d'assurances sur la Vie l'*Ouest*, dont le siége social est à Nantes. Si votre confrère veut nous concéder les avantages qu'il concède à la New-York, je lui dirai : Remettez-nous une somme de............ 3,500 fr. »
et avec cette somme nous vous constituerons pour l'âge de 55 ans une rente viagère de............ 885 fr. 55
payable par semestre.

Versez-nous annuellement une somme de.................... 497 fr. 90
et avec cette somme nous vous constituerons à 55 ans une rente viagère de.................... 1,621 fr. 80
sans passer par l'assurance à terme fixe. Et vos deux rentes réunies vous donnent.......... 2,507 fr. 35
de rente viagère payable par semestre de.................... 1,253 fr. 67
chacun.

Ainsi, quand la New-York vous constituera par ses procédés 1,475 fr. 10 cent. de rente viagère annuelle, nous vous constituerons une rente plus forte de.................... 1,253 fr. 67

Comme, en cas de décès, vous pourriez, dans ces combinaisons, être exposé à perdre vos primes, nous les rembourserions à vos héritiers sans intérêts, et moyennant une faible réduction sur la rente de.................... 2,507 fr. 35
réduction qui vous ramènerait la rente annuelle à.............. 2,426 fr. 25

Je crois donc que l'avantage est en faveur de la Compagnie française.

Vous cherchez, monsieur le Docteur, à développer le bien-être chez tous les membres du corps médical et dans ce but vous faites appel à tous les efforts individuels ; aussi, Monsieur, serions-nous heureux de voir notre compagnie qui compte un grand nombre de médecins parmi ses actionnaires, être acceptée par vous, pour coopérer, dans la mesure de ses efforts, au développement d'une œuvre si digne de sympathies.

Veuillez agréer, monsieur le Docteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Pour la Compagnie, le Directeur,
V. DU FRÉTAY.

M. du Frétay, directeur de la Compagnie d'assurances sur la vie, l'*Ouest*, conteste les résultats indiqués dans la correspondance du *Concours médical*, numéro du 26 juin 1880, pour une opération proposée par la New-York à l'un de nos adhérents, M. le Dr A. B.

Nous avons eu quelque peine à bien comprendre les procédés de calcul par lesquels M. du Frétay arrive à réduire à 1475 fr. 10, la rente viagère de 2309 fr. 82 que M. le Dr A. B. peut se constituer en vingt années, en suivant la marche indiquée, tout en assurant un capital de 10,000 francs que la New-York paiera à ses héritiers, s'il vient à mourir avant l'échéance du contrat.

M. du Frétay ne connaissant pas la base sur laquelle la Compagnie la New-York est constituée : la mutualité à primes et engagement fixes, *sans actionnaires* par conséquent, et ne connaissant pas davantage le mode spécial d'emploi des bénéfices dit de l' « accumulation », a calculé les résultats probables de l'opération, d'après le système en vigueur, à ce que nous imaginons, dans la Compagnie par actions qu'il dirige.

M. du Frétay a calculé ce qu'une opération ordinaire d'assurance mixte de 20 ans peut produire, suivant lui, à une compagnie, par suite de la constitution des réserves, de la capitalisation et des intérêts de ces réserves ; et, déduisant de ce produit le capital assuré, il est arrivé à établir que la Compagnie réalise, en 20 ans, sur une assurance mixte de 10,000 francs, un bénéfice de 5422 fr. 50 qui, *partagé entre les actionnaires et l'assuré*, produit pour celui-ci une somme de 2711 fr. 25.

Employant alors ce capital à la constitution d'une rente immédiate, au taux de 9,66 0/0 indiqué par les tarifs de la New-York pour la rente payable annuellement, il a obtenu une rente de 1227 fr. 90 qui, augmentée de la rente immédiate de 247 fr. 20, primitivement constituée pour un capital de 3500 francs, forme une rente totale de 1475 fr. 10, en diminution de 834 fr. 62 sur le résultat approximatif de 2309 fr. 82, indiqué par la New-York.

Ces résultats, donnés comme exacts par M. du

Frétay, sont faux, parce que la base de son calcul est erronée.

Nous avons expliqué à plusieurs reprises, notamment dans le supplément du *Concours médical* du 10 avril 1880, le système de *l'accumulation des bénéfices*, qui ne constitue pas un genre particulier d'assurance, mais un mode spécial d'emploi des bénéfices. Nous n'y reviendrons pas en détail, nos honorables confrères, adhérents du *Concours médical*, sachant à quoi s'en tenir.

Ils savent que les bénéfices de l'assurance mixte abandonnés pendant vingt années, et versés annuellement à une caisse spéciale dite « d'accumulation, » produisent au bout de ce temps, par suite de la mortalité, et de la capitalisation des intérêts, un taux considérable, qui, réparti entre *les seuls* assurés survivants participant à cette caisse, donne, pour chacun d'eux, une somme de beaucoup supérieure au capital assuré.

Ils savent encore que, la New-York n'ayant pas d'actionnaires, les bénéfices de la caisse d'accumulation sont attribués en *totalité* aux assurés-associés, et non *partagés par moitié* entre eux et les actionnaires.

D'après le tableau annexe n° 3, publié dans le *Concours médical* du 10 avril 1880, la valeur totale d'une police d'assurance mixte de vingt ans sur une tête de 35 ans, est, à l'échéance, de 21,346 francs environ, capital et bénéfices compris, pour un capital assuré de 10,000 francs. C'est donc sur cette somme de 21,346 francs et non sur la somme de 12,711 fr. 25 c. qu'il faut calculer pour constituer la rente au taux de 9.66 0/0.

Résultat : Rente de..........	2,062 02
à laquelle il faut ajouter la rente immédiate constituée à l'origine, soit...	247 80
Au total, on obtient bien la rente indiquée de..............................	2,309 82

et non celle de 1,475 fr. 10 c. donnée par erreur par M. du Frétay.

Si, au lieu d'employer le système conseillé qui consiste en une combinaison d'assurance et de rente viagère, M. le docteur A. B... avait voulu constituer directement sa rente viagère différée de vingt ans, il eût obtenu. d'après les tarifs de la New-York :

1° Pour son capital de 3,500 francs, une rente annuelle, payable par semestre anticipé de..................................	1,041 01
2° Moyennant une prime annuelle de 497 fr. 90 c., une rente annuelle payable par semestre anticipé de....	1,691 81
au total, une rente de	2,732 82

et non pas 2,507 fr. 35 c. comme l'indique M. du Frétay, d'après les tarifs de sa compagnie (semestre échu).

Nous croyons devoir faire observer que, d'après les tarifs des principales compagnies par actions, l'ensemble des deux rentes y serait de 2,198 fr. 91 c. seulement, (semestre échu.)

Mais, en procédant ainsi, M. le Dr A. B. n'eût pas joui de l'avantage inappréciable de laisser à sa famille un capital de 10,000 fr. en cas de mort avant l'échéance du contrat.

Nous n'avons pas à nous étendre plus longuement sur ces résultats.

Après avoir pris tous nos renseignements, lu et soumis à l'examen de nos conseils tout ce qui a été publié contre la New-York et en sa faveur, nous avons voulu communiquer ce dossier à l'un de nos confrères, le Dr G..., le priant de nous résumer ce qui ne lui paraîtrait pas suffisament élucidé.

Voici sa réponse :

Monsieur le Directeur,

Dans les objections formulées contre la New-York, il faut faire une sorte de choix et éliminer celles qui ne sont pas sérieuses ; par exemple celle qui consiste à demander pourquoi la New-York cherche à étendre le cercle de ses opérations.

1° L'objection la plus grave est celle-ci : « La New-York n'est pas recevable devant les tribunaux français et, le fût-elle, les jugements obtenus contre elle ne sont pas exécutoires en France. » La première partie de l'objection semble avoir été refutée, mais la seconde qui est beaucoup plus sérieuse subsiste toujours. — Un jugement obtenu contre la New-York, des tribunaux français, n'est pas exécutoire en France. C'est là une chose capitale, car, quelle que soit l'honoralité des hommes qui figurent à la tête d'une administration, un simple engagement d'honneur ne peut suffire en ces matières. En cas de condamnation de la New-York, MM. Duclerc, Passy, etc., sont-ils en droit de tirer de la réserve déposée en France les sommes qui font l'objet du litige et octroyées au demandeur ?

S'il faut aller en Amérique pour obtenir l'exécution du jugement, c'est là une condition qui doit faire écarter la New-York.

2° Une autre objection : — Pour une cause quelconque la garantie de la New-York déposée en France est réduite, y a-t-il un moyen quelconque pour la Société civile : Passy, Duclerc, etc., de forcer la société à compléter cette réserve ? En cas de litige, qui prononcera ? — Ou bien, au con-

traire, la société civile se borne-t-elle à une déclaration constatant l'intégrité ou la réduction de la garantie ?

3° Comment et par quoi la réserve de la New-York est-elle constituée ? d'où viennent les premiers capitaux ? — En cas de faillite ou de liquidation que deviendra cette réserve *dans sa totalité ?*

4° Le traité spécial conclu par la New-York, au profit du *Concours médical,* ne blesse-t-il pas les intérêts des autres assurés ? En effet, la déchéance est absolue (dans le cas d'accumulation des bénéfices) pour quiconque laisse une prime impayée, — pour nous le Concours se substitue à l'assuré (par Concours, j'entends la caisse de prévoyance). Il y a pour nous un avantage, mais cet avantage ne peut-il être attaqué par les autres assurés comme lésant leurs intérêts ? — La tontine (car c'est une véritable tontine), ne se fera-t-elle, au contraire, qu'entre les assurés du Concours ? Dans le premier cas nous n'avons pas de garantie ! Dans le second, les avantages de l'accumulation des bénéfices se trouvent singulièrement réduits !

Voilà les objections qui m'ont semblé les plus sérieuses.

Je n'admets pas celles qui portent sur l'aléa de l'accumulation, le choix étant libre absolument et l'aléa se trouvant pour nous particulièrement diminué.

Le fameux thème : « Quand on s'assure, il ne faut pas chercher un placement, » est fait à l'usage des actionnaires des compagnies, les bénéfices étant exclusivement pour eux.

Comme combinaisons, comme primes, comme placement, la New-York l'emporte sans aucun doute sur les autres compagnies. Mais il est de toute nécessité de savoir si ces avantages sont absolument certains, s'il ne peut s'élever aucune difficulté, et si une difficulté élevée peut être pratiquement tranchée.

La plupart des objections contenues dans les brochures sont refutées par d'autres brochures et il est des attaques telles que, vraiment, on a pu croire qu'elles profitaient à la New-York.

Mais les objections que j'ai signalées me paraissent subsister en entier.

Elles doivent être élucidées complètement avant la conclusion de tout traité.

Il faut encore ajouter : Y a-t-il des assemblées pour vérifier les comptes ? Quels sont ceux qui y prennent part ? Les comptes rendus sont-ils publiés ?

Le contrôle du surintendant des finances, très-précieux s'il s'ajoute à un autre contrôle, est absolument insuffisant s'il est seul.

Qui a nommé les administrateurs ? de qui relèvent-ils ?

Nous répondons à notre confrère :

1° *La New-York n'est pas recevable devan lei tribunaux français et, le fût-elle, les jugements obtenus contre elle ne sont pas exécutoires en France.*

La formation de la Société civile du fonds de garantie français a eu principalement pour but de résoudre cette question. Nous nous proposons de publier l'acte de société même et les consultations qu'il a motivées de la part d'avocats très distingués du barreau de Paris, et notamment de Me Sénard. On y verra que la New-York a fait élection de domicile en France et que les trois membres de la Société civile, actuellement MM. Duclerc, Mathieu-Bodet et Passy, ont tout pouvoir, non seulement pour administrer, mais pour réaliser les fonds déposés à la Banque de France et qui ne peuvent pas être retirés de la Banque par la Compagnie sans leur intervention. Si donc un jugement, entraînant condamnation pécuniaire, était rendu en France contre la New-York, le porteur de l'extrait du jugement n'aurait qu'à le présenter aux membres de la Société civile qui n'auraien qu'à payer immédiatement. Le dépôt étant alors entamé, la Compagnie se trouverait dans l'obligation de ne faire, avant de l'avoir complété, aucune opération nouvelle.

C'est donc bien en France, et non en Amérique, que les jugements sont exécutés.

2° On a vu, par ce qui précède, le moyen employé pour que le fonds de garantie soit toujours complet. S'il y avait litige à ce sujet entre la Société civile et la Compagnie, l'affaire serait jugée par les tribunaux français.

3° *Comment et par quoi la réserve de la New-York est-elle constituée ? D'où viennent les premiers capitaux? En cas de faillite ou de liquidation que deviendra cette réserve dans sa totalité ?*

La New-York étant une compagnie mutuelle a été fondée sans versement d'un premier capital. La réserve provient donc uniquement des primes versées et du produit des placements de fonds. En cas de faillite ou de liquidation elle serait répartie en totalité entre les ayants-droit.

4° *Le traité spécial conclu par la New-York au profit du* Concours médical *ne blesse-t-il pas les intérêts des autres assurés en ce qui concerne la caisse d'accumulation ; nous avons*

un avantage puisque l'organisation de la caisse de prévoyance nous garantit contre le risque de la déchéance, etc.

Les assurés adhérents du *Concours médical* ne formeront pas une classe à part pour l'accumulation des bénéfices ; ils entreront dans les classes générales d'accumulation de la Compagnie. Il n'est pas exact de dire qu'ils aient un avantage sur leurs coassociés non adhérents au *Concours médical*. Il est certain que l'organisation de la caisse de prévoyance met les adhérents du *Concours* à l'abri du risque de la déchéance, mais il ne faut pas croire que les sommes réparties entre les survivants à la fin de la période d'accumulation proviennent, pour la plus grosse partie, des bénéfices abandonnés sur les polices frappées de déchéance. Si les Compagnies qui pratiquent ce mode d'emploi des bénéfices, ont édicté cette pénalité sévère, c'est justement pour forcer autant que possible les assurés à payer leurs primes, afin de sauvegarder les intérêts de la masse associée. En d'autres termes, les membres participants des caisses d'accumulation ont un intérêt plus grand à la continuation qu'à la cessation de l'assurance.

Le dilemme est donc inexact dans ses deux termes.

Notre confrère demande s'il y a *des assemblées pour vérifier les comptes, quelles sont les personnes qui y prennent part et si les comptes sont publiés.*

A ces trois questions nous répondons :

La Compagnie est administrée par un conseil élu, chaque année, dans une Assemblée générale des associés mutualistes, assurés ou rentiers. Tous les membres de la Compagnie ont le droit d'assister à cette assemblée, ceux qui habitent l'Europe comme ceux qui résident en Amérique, et ils y ont droit de vote. C'est cette assemblée qui approuve les comptes. Les livres sont ensuite remis au Ministère spécial des assurances, dont le chef porte le titre de : Surintendant des assurances, et les comptes ne sont définitifs que lorsque ce fonctionnaire les a approuvés. Ils sont publiés *in extenso* et, chaque année, la succursale de Paris, qui est la maison-mère de la Compagnie pour l'Europe, les publie en français. Nous avons reproduit dans nos colonnes le compte rendu de l'exercice 1879, qui contient des détails très complets sur les opérations afférentes à cet exercice, sur l'ensemble et les résultats des opérations depuis 1845, sur la situation des diverses réserves et sur les placements de fonds de la Compagnie. Nous n'avons rien à y ajouter.

Notre confrère peut voir que ses objections sont amplement réfutées et ne peuvent laisser subsister aucun doute dans l'esprit de nos lecteurs. Nous lui adressons tous nos remerciements de la peine qu'il a prise, puisqu'il nous a donné l'occasion de faire encore plus de lumière sur ces détails si importants.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des révulsifs dans les maladies mentales, par le Dr S. Venturi. Padoue, 1879.

Après avoir passé en revue les principaux cas de maladies guéries par l'apparition de vastes suppurations artificiellement ou accidentellement amenées, l'auteur croit pouvoir affirmer qu'en général les moyens révulsifs peuvent guérir les cas de folie les plus rebelles à tout traitement. Il approuve donc beaucoup Meyer de Gottingue dans son traitement des déments paralytiques par le moyen de vastes suppurations du cuir chevelu irrité par le tartre stibié, et défend son confrère allemand contre les accusations portées à sa méthode de déterminer des lésions profondes des os et même la mort.

L'auteur rapporte ensuite l'histoire de quelques cas où il a eu recours aux révulsifs : une manie choréique a cédé à l'application d'un cautère au bras : quatre cas de paralysie progressive se sont beaucoup améliorés par l'usage du séton au cou et des frictions à l'huile de croton, pratiquées sur la tête : chez tous, l'amélioration s'est fait sentir quinze jours après le commencement du traitement. Dans un sixième cas, où il y avait probablement tumeur (syphilitique?) du cerveau, aucun résultat ne fut obtenu.

Quant au mode d'action des révulsifs, l'auteur se demande si elle est produite par la stimulation primitive des extrémités trophiques des nerfs, déterminant une vive réaction qui facilite les opérations vasculaires et leur pouvoir nutritif.

Il finit par conclure que de l'expérience il résulte ce fait que beaucoup de maladies s'améliorent par l'usage de ces moyens : ainsi les maladies spinales par le moxa, les vésicatoires, le feu ; celles de la poitrine par des révulsions cutanées, etc., l'aliéniste ne doit pas se trouver privé d'un moyen qui peut agir très efficacemnnt dans beaucoup de cas sur l'action vasculaire et sur l'excitabilité nerveuse. En terminant l'auteur déclare sa préférence pour les sétons, cautères, etc., à l'exclusion du bain froid, des douches, parce qu'ils agissent d'une façon continue sans provoquer de réaction, d'hypérémie, d'anémie, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Esquirol.

Deux cas de mort par le bromure d'éthyle. — On lit dans

le *Philadelphia Medical Times* (5 juin 1880) : « La mort d'un malade due à l'anesthésie par le bromure d'éthyle, au Jefferson medical college Hospital, fera, nous l'espérons, reconnaître les dangers de cet agent; il s'agit d'un homme qui, au moment de subir l'opération de la taille, expira tandis qu'on commençait à inciser la peau. L'anesthésie était surveillée par le Dr Leuri lui-même ; il est donc probable qu'on ne pourra donner de cet accident aucune excuse valable. Nous apprenons d'autre part, du professeur Paucoast, qu'il vient égalemeut d'observer un cas de mort par le bromure d'éthyle. Il semble donc que, tout en rendant hommage à l'initiative et au courage des chirurgiens qui ont préconisé cet anesthésique, on ne devra l'employer désormais qu'avec la plus grande circonspection. »

REMÈDE CONTRE LE HOQUET

Prendre quelques gouttes de vinaigre de vin sur un morceau de sucre.

Ce moyen très-simple, expérimenté maintes fois par notre collaborateur, le Dr Grellety, donne des résultats merveilleux. — *L'Hygiène pour tous.*

Plusieurs de nos confrères nous écrivent qu'ils ont recouru avec le succès le plus constant au procédé du Dr Grellety.

Des anneaux qui étranglent les doigts; manière de les retirer. — Les traités de médecine opératoire sont absolument silencieux au sujet d'un accident assez fréquent, qui cause de vives douleurs, en tous cas de sérieuses inquiétudes, et crée parfois un danger réel pour l'existence de l'organe qui en est le siège. Je veux parler des anneaux qui étreignent les doigts engorgés par une cause quelconque et qu'on sectionne d'ordinaire sans nécessité faute d'un moyen simple de les ôter. On obtient cependant ce résultat dans la plupart des cas, par un procédé vulgaire, qui nous vient de l'antiquité par la tradition, comme tant d'autres, qui, bien que connus des anciens, sont quelquefois attribués aux modernes.

Voici en quoi consiste ce procédé d'après Oribase (tom IV. p. 251, éd. Daremberg, dont je reprduis littéralement ci-après le paragraphe.

« Parfois le doigt est serré par un anneau, et il est convenable d'enlever sans délai cet anneau en lui imprimant un mouvement de rotation, tout en pratiquant en même temps une affusion d'eau tiède sur la main et une onction avec une matière grasse sur le doigt.

« Si l'anneau résiste à ces manœuvres, on recommandera l'opération suivante : on effile, comme les cordonniers ont l'habitude de le faire, un des bouts d'un fil entortillé et très-épais, et on le passe entre l'anneau et le doigt, tandis qu'on roule autour du doigt le reste du fil, qui est libre. Après cela, on tire sur le bout effilé du fil, et tandis que ce fil se déroule, l'anneau avance vers le point où on pourra le retirer du doigt.

« Si l'anneau résiste même à cette tentative, il faut en venir à la section de l'anneau. »

On lit dans Aëtius (*de re Medicâ*, lib. XIV, cap. xxxi p. 6), compilateur de la fin du ve siècle ou du commencement du vie, la description d'un procédé semblable, évidemment copié dans Oribase, autre compilateur qui certainement ne l'avait pas inventé, d'où l'on peut conclure qu'il était depuis longtemps déjà de pratique journalière.

La description de ces auteurs trahit du reste leur inexpérience personnelle des manœuvres chirurgicales; car en roulant autour du doigt, comme le prescrit Oribase, c'est-à-dire de l'anneau vers l'extrémité du doigt, le reste du fil qui est libre, on court risque d'échouer, pour peu que l'engorgement ait un certain volume, puisque les éléments de cet engorgement restent toujours entre l'anneau qui les retient et l'extrémité du doigt où l'on tend à les faire refluer, souvent sans utilité, mais non sans inconvénient.

Quant à celle d'Aëtius, on ne saisit pas bien quel secours peut prêter le fil roulé d'une manière *lâche* (*laxès*) autour du doigt.

Quoi qu'il en soit, la compression doit être assez forte et commencer à l'extrémité du doigt pour remonter vers l'anneau, de manière à réduire le volume de cet appendice en l'ischémiant, comme on ischémie un membre avec la bande d'Esmarch, en l'apppliquant de son extrémité digitale à la racine.

Voici donc comment il convient de procéder : on enduit d'abord le doigt d'un corps gras, puis on prend une petite ficelle d'un mètre environ de longueur, on en passe un bout un peu au-dessous de l'anneau, et on le reprend au-dessus avec une pince; il suffit qu'il le déborde de deux ou trois centimètres.

Le bout ainsi fixé par l'anneau, on dirige en droite ligne le reste du fil à l'extrémité du doigt, autour duquel on le roule jusqu'à l'anneau, en doloires serrées et ne laissant entre elles aucun intervalle.

Cela fait, on engage au-dessous de l'anneau ce second bout de fil, qu'on reprend également au-dessus. Puis, saisissant ce bout avec les doigts, on déroule le reste du fil, en l'appuyant sur l'anneau qui se trouve ainsi peu à peu ramené au point où il devient facile de le dégager.

On ne réussit pas toujours au premier essai, mais il est rare, qu'après deux ou trois tentatives, l'anneau ne vienne pas.

En cas de non réussite, on a recours à la section de l'anneau, qu'on pratique sur une sonde cannelée, à l'aide d'une lime ou d'un sécateur.

Traitement de la syphilis par le jaborandi. — M. Lockwood est parti de ce fait que ceux qui transpirent facilement guérissent plus rapidement de la syphilis. Dans un premier cas, pendant

trente-trois jours, tous les deux jours une injection de 0,01 cent. de nitrate de pilocarpine précédait un bain de vapeurs de calomel. Le mercure et l'iodure de potassium avaient échoué. Dans un deuxième cas, les injections de pilocarpine tous les deux jours furent seules employées; guérison après deux semaines. (*Med. Times and Gaz.* avril 1880.)

CHEMINS DE FER DE L'OUEST. — *Excursions sur les côtes de Normandie et de Bretagne.* — Billets valables pendant un mois.

1er Itinéraire : Paris au Havre et à Dieppe, 50 et 38 fr.

2e Itinéraire : Paris à Caen, par le Havre et Trouville, 60 et 45 fr.

3 Itinéraire : Paris à Cherbourg, 80 et 65 fr.

4 Itinéraire : Paris à Saint-Malo, par Granville, 90 et 70 fr.

5e Itinéraire : Paris à Saint-Malo, par Cherbourg, 100 et 80 fr.

6e Itinéraire : Paris à Brest, 120 et 100 fr.

Trains dits de bains de mer, du samedi au lundi inclusivement.

* * *

CHEMINS DE FER DE L'EST. — *Voyage circulaire dans les Vosges.* — La Compagnie des Chemins de fer de l'Est vient d'organiser un nouveau voyage circulaire pour visiter Belfort et les Vosges, une des contrées les plus pittoresques de la France.

Afin de faciliter aux touristes cette intéressante excursion, des billets à prix très-réduits sont délivrés à la gare de l'Est et au bureau central de la rue Basse-du-Rempart, n° 50. Ils sont valables pendant quinze jours et donnent droit à s'arrêter dans toutes les stations du parcours, notamment à Châlons, Nancy, Gérardmer, Epinal, Cornimont, Saint-Maurice-Bussang, Plombières. Luxeuil-les-Bains, Belfort, Vesoul Chaumont et Troyes.

Les prix sont de 85 fr. en 1re classe et 65 fr. en 2e classe.

On peut enfin partir indifféremment par la ligne de Paris à Nancy, et revenir par celle de Belfort à Paris, ou *vice versâ*.

CORRESPONDANCE

— Dr F., à R., 22 août.

Les circulaires, même imprimées, pour réclamer nos honoraires, doivent être affranchies comme lettres à 15 cent. Ainsi jugé par la Cour de cassation, le 2 octobre 1873 : « *Attendu que ces lettres ont un caractère de correspondance privée; ne s'adressent pas au public en général ou à une fraction du public, pas même à tous les clients de l'envoyeur, mais nominativement à chacun de ceux qui ont des dettes à acquitter et dont quelques-uns pourraient être blessés de recevoir, pour pareil objet, une lettre de rappel non cachetée, etc...* » Néanmoins, nous ferons la démarche que vous réclamez et vous aviserons du résultat.

— Dr C., à R. (Vendée). — N., à T. (Var). — C., à B. (Nord). — N., à R. (Ille-et-Vilaine). — M., à S. R. (Bouches-du-Rhône). — M., à C. (Drôme). — C., à C. (Drôme). — S., à T. (Rhône). — G., à V. (Cher). — B., à T. (Var). — Q., à C. (Somme). — T., à R. (Seine-Inférieure). — M., à Paris.

Inscrit vos adhésions; la présentation par un confrère, membre du *Concours*, ne peut être qu'une formalité. On peut s'en affranchir; il suffit de partager les idées qui nous dirigent.

— Dr S., à C., 895.

Oui, nous sommes bien de votre avis; le *Concours Médical* ne doit être qu'une œuvre de paix, de respect mutuel et d'assistance réciproque. Le passage que vous signalez est bien ancien, bien peu prétentieux et en somme de peu d'importance, puisqu'il ne nous a été signalé que par vous. Nous avons assez à faire, dans la voie que nous nous sommes tracée, pour ne vouloir pas empiéter sur un domaine qui n'est pas le nôtre.

— Dr B., 134 (Gers), 24 août.

Reçu le prix de l'abonnement, qui est fait en votre nom. Parmi les mesures indiquées, il en est de pratiques pour les uns, qui ne le sont pas pour d'autres. L'essentiel est qu'elles conspirent au but poursuivi en commun. Ce que vous proposez ne peut venir que par surcroît; nous vous avons déjà répondu que les versements pendant dix ans, à une caisse commune, sans pouvoir y recourir durant cette période, ne seraient acceptés que par quelques généreux comme vous.

— Le Dr C., de M. (Aveyron).

Désire savoir à quelles conditions un de ses confrères, abonné au Temps *ou au* XIXe Siècle, *pourrait lui expédier le journal, un ou deux jours après réception. Ecrire au bureau du journal.*

— Dr D., à C. (Tarn-et-Garonne), 29 août.

Vous êtes inscrit participant; veuillez faire nos compliments à notre confrère T.

— M. P., étudiant en médecine, à F.-S. (Yonne).

Il sera fait selon le désir du Dr de J.

— Dr N., à R., 1er septembre.

L'erreur signalée sera réparée.

— Dr F., à S. (Aisne). — P., à T. (Haute-Garonne). — P., à S. (Yonne). — D., à C. (Tarn-et-Garonne). — H., à St-F. (Cantal).

Vous êtes inscrits.

— Dr G., 444 (Haute-Loire), 30 août.

L'inscription réclamée est faite. Vous dites : « *Des améliorations, des perfectionnements sont nécessaires.* » Nous sommes de cet avis plus que personne. Mais pourquoi ne pas nous indiquer ce qui, à votre sentiment, est souhaitable.

— Dr C., 195 (Deux-Sèvres), 30 août.

Le début de votre lettre est trop aimable; nous vous remercions surtout des détails dans lesquels vous entrez. Ils prouvent votre intérêt pour le *Concours*. Nous ne pourrons donner plus d'étendue à la chronique professionnelle que le jour où il sera possible d'accroître les feuilles du journal. A notre avis, l'espace qu'elle occupe est le strict nécessaire et la partie médicale ne doit pas en souffrir. Pour les éléments de l'enquête que vous réclamez, ils surabondent dans les vingt annuaires de l'association générale. Seule, celle-ci peut entreprendre les redressements que vous réclamez. Nous ferons de notre côté ce qui nous sera possible. Oui, l'exercice illégal nous porte un grand préjudice; mais il est dans les mœurs. Il nous faut rechercher la réparation dans ce qui est à notre portée. Croyez que le médecin qui, par l'*Assurance sur la vie* se sera rendu indépendant, trouvera dans son indépendance reconquise, la force de reagir dans sa sphère. Assuré de l'avenir cette réaction lui sera plus aisée. La recommandation qui termine votre lettre en est pour nous la preuve évidente.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 37 | 11 septembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

Séance très-chargée et très-intéressante à l'Académie de médecine.

Deux médecins de Lille dont nos lecteurs connaissent déjà les très-intéressants travaux, MM. Ortille et Desplats, ont partagé les honneurs de la séance.

M. le Dr Desplats a lu un très-intéressant mémoire sur l'*emploi de l'acide phénique comme agent antipyritique*. Ce travail très-intéressant est basé sur cinq observations de fièvre typhoïde, une de variole, une de métropéritonite puerpérale, plusieurs de phthisie, et enfin d'expériences nombreuses faites sur des animaux.

Ce mémoire démontre : 1° que l'acide phénique administré à des doses suffisantes aux fébricitants a toujours pour effet d'abaisser subitement la température; 2° que cet abaissement temporaire peut être maintenu et accru par l'administration de nouvelles doses, et que, grâce à cet agent, le médecin peut modérer à volonté la température des malades; 3° que les doses d'acide phénique, considérées jusqu'ici comme toxiques, peuvent être dépassées. Il cite l'exemple de malades qui ont pris pendant plusieurs jours de suite 8, 10 et 12 grammes d'acide phénique; 4° que le rectum est par excellence la voie d'introduction, mais qu'il ne faut pas administrer plus de grammes à un seul lavement.

M. le Dr Ortille, connu déjà du monde savant par de très-intéressantes communications à l'Académie des sciences et par de nombreuses observations toujours marquées au coin de l'originalité, a cherché à élucider un point encore obscur de l'histoire de l'*Urémie*. Il s'agit d'un des *symptômes prémonitoires de l'urémie.*

M. le Dr Ortille a eu l'occasion d'observer deux malades atteintes d'urémie apparaissant comme une terminaison des cancers de l'utérus dont elles étaient affectées. L'urémie dans ces cas survient lorsque l'élimination de l'urine est rendue impossible à la suite de l'obstruction des uretères comprimés ou envahis par la tumeur.

Or dans ces cas, il y a un symptôme prémonitoire qui n'est signalé par aucun autre, c'est la disparition brusque et totale des douleurs, une *analyésie complète*. Cette analyésie était telle que M. Ortille put supprimer complétement dans les deux cas les injections de morphine qu'il était forcé d'employer pendant des mois et plusieurs fois par jour.

Les deux observations rapportées par M. le Dr Ortille sont très concluantes au point de vue de ce symptôme curieux.

Il reste à se demander si, en dehors du cas spécial du cancer utérin, ce symptôme prémonitoire se produit encore.

Il suffit que l'attention des cliniciens soit attirée sur ce sujet pour que bientôt soit élucidé ce point intéressant de pathologie.

Dans ses précédents travaux sur l'*urémie*, M. le Dr Ortille avait été amené à considérer l'état urémique, non comme un empoisonnement, c'est-à-dire une altération localisée dans le sang ou un des principaux tissus, mais comme une *ca-*

chexie, c'est-à-dire un état de souffrance générale, de misère physiologique qui s'étend à tous les organes. Dans ces cas cet état morbide affecte les divers systèmes de l'économie à des degrés divers, mais dans un ordre qui est précisément celui qui, physiologiquement, correspond à la subdivision hiérarchique de ces différents systèmes. C'est ainsi que le système nerveux sensitif de la vie de relation est un des premiers atteint avant le système digestif, les organes respiratoires ou circulatoires.

La communication de M. Ortille a été écoutée avec le plus vif intérêt par les académiciens présents à la séance, et une commission composée de MM. Pidoux, Oulmont, Marrote et Dujardin-Beaumetz a été chargée d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à l'Académie.

Nous aurons, lorsqu'il sera publié et nous espérons que ce sera prochainement, à revenir sur les différentes questions que soulève la théorie de M. Ortille et sur les observations qu'il apporte pour l'étayer.

En attendant félicitons notre confrère de la science qu'il met à développer ses idées.

— M. Jules Guérin, à l'occasion du procès-verbal et à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Bouchardat sur *les maladies des enfants à la mamelle* a recommandé l'usage du charbon en poudre fine mêlé au lait du biberon, comme traitement de la *diarrhée infantile*. Une cuillerée à café par biberon suffit, selon lui pour obtenir un succès complet.

— A l'ouverture de la séance, le président de l'Académie, M. Henri Roger a fait part en ces termes émus du nouveau deuil qui frappe la savante Société :

« Messieurs, j'ai le chagrin de vous annoncer une bien douloureuse nouvelle : les coups de la mort qui frappent l'Académie, cette année, sont terrifiants, non par leur nombre comme ils le furent en 1879, mais par leur imprévu et leur soudaineté. M. Delpech a succombé avant-hier dimanche à la chasse; au milieu de la chaleur torride du jour, il est tombé foudroyé, comme Chauffard et Broca, par un accès d'angine de poitrine.

Très-peu de nos collègues sont en ce moment à Paris, et notamment dans la section d'hygiène et de médecine légale à laquelle M. Delpech appartenait depuis seize années, tous les membres sont absents, sauf un seul, M. Lagneau. Cet académicien, aussi exact que distingué, s'est chargé de prononcer au nom de l'Académie les adieux suprêmes sur la tombe de l'éminent collègue que nous tenions en haute estime pour son savoir, pour ses remarquables mérites d'écrivain et d'orateur (dont il a fait preuve ici et ailleurs), et que nous aimions tous pour le charme de son caractère.

Les membres de l'Académie présents à la séance d'aujourd'hui sont invités à la cérémonie des obsèques qui aura lieu vendredi prochain à midi; tous certainement s'empresseront à ce dernier hommage rendu à M. Delpech, car les Compagnies savantes s'honorent elles-mêmes en honorant jusque dans la mort les collègues qui les ont servies et illustrées. »

Il est inutile de dire que ces quelques paroles ont été accueillies par de nombreuses marques d'approbation.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

Des accidents de la délivrance après l'avortement.

(*Suite*).

DEUXIÈME PÉRIODE. — *De deux mois et demi à quatre mois et demi.* A partir de deux mois et demi on se trouve en présence de ces deux faits : d'une part, le placenta est formé, et, relativement *très-volumineux ;*

D'autre part, l'utérus n'a pas encore acquis ses propriétés essentielles nécessaires à l'expulsion d'un corps aussi volumineux.

Il est facile, dans ces conditions, de se rendre compte du danger de l'avortement pendant cette période. Si l'embryon pourra être expulsé facilement, il n'en sera pas de même du placenta. Il y a deux temps dans le travail, mais c'est là surtout que s'applique avec justesse l'expression de Paul Dubois : « La femme qui avorte n'accouche que d'un placenta. »

A cette époque du développement de l'œuf, la caduque a disparu, ses deux feuillets amincis par la pression de l'œuf sont confondus. Ses adhérences diminuent, une muqueuse de nouvelle formation le repoussant, de la même manière qu'une dent chasse la précédente de son alvéole. Du reste, ses villosités s'atrophiant, l'implantation de l'œuf se transforme en une simple adhérence partout où le placenta fait défaut.

Dans beaucoup de cas le délivre suit de près l'embryon, mais les accidents sont fréquents et dangereux lorsque tout ne se passe pas aussi régulièrement.

Examinons les accidents les plus redoutables; ce sont :

1° L'hémorrhagie;

2° La rétention du placenta et ses conséquences.

1° *Hémorrhagie*. — Pendant le travail de l'avortement la perte est plus forte que dans les premiers mois. En effet, les attaches du délivre sont plus solides, les vaisseaux plus volumineux, plus nombreux. Lorsqu'elle est légère, les réfrigérants, la position, l'aération, les boissons froides, les lavements laudanisés suffiront pour la modérer. Lorsqu'elle est grave, le tampon est doublement efficace.

Mais si l'embryon étant sorti, le placenta est encore inclus et si une perte se déclare, que faire? Là encore il faut avoir recours au tamponnement; la perte interne n'est pas à craindre, la capacité utérine est insuffisante pour créer ce nouveau danger. Mais il faut être prêt, car ces pertes sont parfois foudroyantes, et la femme peut mourir en peu de temps. Cela arrive surtout dans le cas où il y a eu des tentatives d'avortement. Le délivre, n'ayant, pour ainsi dire, aucun motif pour se détacher, continue à végéter dans l'utérus, et ses décollements successifs peuvent donner lieu à des pertes très-graves. M. Pajot cite un cas dans lequel le placenta a végété pendant vingt-neuf jours, avec des adhérences incomplètes provoquant des hémorrhagies, qui avaient, à plusieurs reprises, mis les jours de la femme en grand danger.

Donc, *à cette époque de grossesse*, que l'utérus soit vide ou gravide, *le tampon sera la ressource*, non-seulement la plus rapide, mais aussi la *plus sûre* et la *plus précieuse contre l'hémorrhagie*.

2° *Rétention du placenta*. — Les causes de cet accident sont multiples.

1. Nous avons déjà parlé du défaut de rapport entre les contractions et les dimensions du délivre. Kolliker a démontré que l'organisation de la couche musculaire de l'utérus n'était complète qu'au sixième mois.

2. L'embryon ayant un volume insuffisant pour dilater le col, celui-ci tend à se refermer; un nouveau travail devient nécessaire.

3. La fermeté du tissu du col, qui ne lui permet pas de s'effacer.

4. La rétention d'urine. (Stolz).

5. Les déplacement successifs ou persistants de l'utérus pendant le travail, signalés dans quelques cas par M. Guéniot. Dans ce cas, les contractions n'agissent pas sur l'axe de l'organe, et ne portant pas directement sur le col, retardent ainsi sa dilatation.

6. La rétraction spasmodique de l'orifice interne du col.

7. Les adhérences anormales du placenta. La mollesse, l'état spongieux du tissu placentaire à cette époque permet à l'utérus de se mouler sur toute sa surface sans le décoller. Pressez une éponge humide dans votre main, son défaut de consistance lui permettra de s'adapter sans séparation à toutes les inégalités de la face palmaire.

Parmi les causes assignées pour expliquer ces adhérences, citons encore les dégénérescences calcaires, lamineuses du placenta, les fausses membranes interposées, les inflammations et les cicatrices consécutives.

Quelle conduite faut-il tenir lorsqu'il y a rétentiou du délivre?

Il n'y a pas de principes fixes et arrêtés, non plus que de formules à appliquer à tous les cas. Chaque cas particulier demande, de la part du praticien, un mode de procéder différent. En effet, le placenta peut être ou n'être pas accessible; il peut être entièrement inclus ou au contraire en partie engagé; le col est dilatable ou bien il ne l'est pas; les symptôme d'infection putride sont menaçants ou bien encore il n'y en a pas la moindre trace; enfin l'hémorrhagie est abondante ou elle est nulle.

Voilà un certain nombre d'hypothèses que la pratique réalise, qu'il faut avoir présentes à l'esprit et qu'il convient d'examiner.

A. *Le délivre est supposé enfermé en totalité dans la cavité utérine, non adhérent, le col un peu revenu sur lui-même, mais sans rétraction spasmodique; il n'y a pas d'hémorrhagie.*

Que doit faire le praticien? interviendra-t-il craignant des accident toujours imminents?

S'il intervient, a-t-il à sa disposition un moyen certain, dépourvu de dangers, et d'une application facile?

Nous pouvons répondre qu'il n'en est pas ainsi. De plus, les accidents sont imminents, ils sont possibles, mais jamais ils ne sont foudroyants, et si on surveille attentivement la patiente on a le temps d'intervenir.

Nous concluons donc à l'expectation.

Mais cette expectation doit avoir des limites. Ici les avis diffèrent un peu, M. Guéniot conseille d'attendre vingt-quatre heures. D'autres auteurs disent qu'il est possible de prolonger l'expectation dans la grande majorité des cas.

Si le placenta est accessible, on pourra essayer avec la plus grande douceur, de l'extraire avec les doigts.

Si ces essais restent infructueux, on pourra attendre que les lochies deviennent fétides. Chez certaines femmes, dit Jacquemier, dont les parties génitales externes sont relâchées, on pourra introduire la main entière dans le vagin, ou tout au moins jusqu'à la racine du pouce. Le doigt indicateur seul, ou avec le médius, peut parcourir toute la cavité utérine, surtout si on a le soin de comprimer, avec l'autre main (*cette manœuvre est indispensable*) la région hypogastrique de manière à maintenir l'utérus aussi bas que possible. On peut ainsi entraîner quelquefois assez facilement, le placenta et les caillots qui en augmentent souvent la masse.

On peut aussi apprécier l'étendue et la solidité des adhérences. On exerce quelques tractions ménagées; on pousse le doigt entre l'utérus et le placenta pour en achever le décollement.

Mais alors on peut provoquer une perte. Aussi ne faut-il avoir recours à ces manœuvres qu'après un laps de temps suffisant. On prescrira des injections

d'infusion de camomille, le repos absolu, les lavements opiacés.

On a vu des cas de rétention de délivre prolongée sans accidents. Dans une observation de M. Pajot, un délivre consécutif à une grossesse de trois mois séjourna quatre mois et demi dans l'utérus, et n'ayant déterminé des phénomènes hémorrhagiques répétés qu'à partir de trois semaines après l'expulsion de l'embryon. (Cité par le docteur Brun, *thèse de Paris*).

Dans le cas qui nous occupe, l'ergot de seigle serait-l utile? Il est certainement indiqué. Mais c'est une arme à deux tranchants : il peut agir uniquement sur le col, et il commence à être dangereux sous ce rapport à cette période de grossesse. Il serait moins nuisible néanmoins qu'à une époque de la gestation plus rapprochée du terme.

2° *Il n'en est pas de même lorsque le placenta est engagé dans le col,* où son action est plus efficace et moins exempte de dangers. Mais si le délivre ramolli était étranglé à l'orifice interne, ne vaudrait-il pas mieux attendre et résister surtout à la tendance naturelle qui vous pousse à tirer dessus? D'autant plus que la présence de ce corps étranger irrite le col, le maintient béant et favorise les contractions réflexes du corps de l'utérus.

3° *Le placenta est adhérent;* ce qui est rare, du reste, avant cinq ou six mois. Que faire? D'abord, pas de perte tant qu'il est adhérent ; moins de danger d'infection putride, puisqu'il vit, et surtout si l'adhérence ne porte que sur un petit fragment, le reste ayant été expulsé. Mais, cette sécurité ne saurait durer longtemps. Sa vitalité est éphémère, et son décollement partiel expose bientôt aux hémorrhagies et à la putréfaction de la partie décollée.

4° Mais le placenta est renfermé, l'odeur de l'écoulement lochial dévoile sa putréfaction. Il faut agir à tout prix.

Ici, trois indications à remplir :

Réveiller les contractions.

Extraire le délivre, arrêter la perte si elle a lieu.

Et combattre la putréfaction.

Le péril est imminent, la situation est grave, quels sont nos moyens d'action?

Ce sont :

A Le seigle ergoté.

B Le tampon.

C Les instruments de préhension.

D Les injections anti-putrides.

E L'ergot de seigle est ici d'une heureuse application, à condition que le tampon viendra corriger ses tendances tout en corroborant son action. La perte ainsi arrêtée, et l'utérus excité, le délivre pourra être chassé spontanément dès qu'on retirera le tampon. Malgré ce secours, si les efforts expulsifs sont vains, on pourra extraire le placenta avec des pinces à faux germe, ou la curette de M. Pajot.

(Pour les injections anti-putrides, consulter un article du *Concours médical*, 1re année, p. 222).

5° Si le col est rétracté spasmodiquement, on aura recours au dilatateur de M. Tarnier, aux cylindres de laminaria, ou à l'éponge préparée. Cette dernière est plus efficace que le tampon contre la perte, tout en dilatant le col. Seulement, elle est difficile à introduire et surtout à maintenir en place, à moins de se servir du tampon comme adjuvant. Le dilatateur à ampoule a le triple avantage de dilater le col où il est aisément maintenu, de provoquer les contractions et d'arrêter mécaniquement la perte.

6° Enfin, lorsqu'après un avortement certain, on ignore si la délivrance est faite, on se comporte comme si elle ne l'était point. S'il y a hémorrhagie, on y remédie par les moyens précités. S'il y a infection putride, on agit de même, après s'être assuré toutefois si le col n'est point atteint d'une affection qui donnerait lieu à des pertes fétides, telle qu'un polype en voie de putréfaction, un cancer, etc...

TROISIÈME PÉRIODE. — *De quatre mois et demi à six mois de grossesse.* — Plus on approche du terme de la grossesse et plus on rentre dans le mécanisme ordinaire des complications de la délivrance après terme. Rappelons néanmoins que l'introduction de la main dans la cavité utérine vient rendre les manœuvres moins dangereuses, plus faciles et plus expéditives. Disons aussi que le tampon devient un moyen dangereux, à cause de la capacité utérine qui augmente, et *qu'à partir du sixième et même du cinquième mois,* il doit être proscrit d'une manière absolue, du moins après la sortie du fœtus.

Ajoutons, enfin, que le col utérin est plus sensible encore à l'action de l'ergot de seigle, et qu'on doit le réserver *presque uniquement* pour les accidents qui se montrent pendant l'état de vacuité de l'organe.

Dr B. B.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

A propos d'un cas d'hydramnios (1).

L'hydramnios touche à beaucoup de questions aussi intéressantes qu'elles sont peu résolues. Quelle est la cause de cette sécrétion exagérée de liquide? Quelle part faut-il faire à la mère, aux membranes ou à toutes les deux à la fois? Quelles sont les malformations qu'éprouve le produit de la conception dans cette circonstance? Voilà un certain nombre de *desiderata* sur lesquels le cas suivant pourra peut-être jeter quelque lumière.

Madame X., âgée actuellement de vingt-huit ans, a toujours joui d'une bonne santé. Une première grossesse s'est terminée heureusement en septembre 1875, une seconde se passe de même en juillet 1878.

(1) Ce travail a été présenté à l'Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Reims, section de médecine, par M. le Dr Tison, membre fondateur du *Concours médical.*

Le 18 septembre 1879, les règles apparaissent pour la dernière fois; Madame X... se trouve de nouveau enceinte. Elle a remarqué qu'elle avait toujours eu, aux différentes époques de cette nouvelle grossesse, le ventre plus gros que dans les deux précédentes. M. Ferdut, qui l'avait accouchée jusque là et qui devait encore le faire, ayant été obligé de s'absenter, me pria de le remplacer, en me prévenant que le liquide amniotique était beaucoup plus considérable que d'habitude, ce qui devait faciliter l'accouchement. Quand j'examinai madame X. pour la première fois, vers la fin de juillet dernier, elle avait l'abdomen très-développé, ce qui la gênait beaucoup dans ses mouvements; quand elle était couchée, son ventre se trouvait à côté d'elle, dans son lit, pour me servir de son expression. Un examen rapide me montra le col utérin très-ramolli, le doigt y pénétrait profondément, mais il n'arrivait pas jusqu'aux membranes. L'auscultation, pratiquée à différentes reprises, ne permit pas d'entendre les bruits du cœur fœtal. Le fœtus remuait assez souvent et il arrivait plusieurs fois par jour que le ventre se contractait, c'est-à-dire qu'il devenait dur comme une bille d'ivoire, mais sans provoquer de douleur. Vu l'époque des dernières règles et en l'absence de la date à laquelle les premiers mouvements actifs du fœtus s'étaient manifestés pour la première fois, j'annonçai que l'accouchement aurait lieu du 1er au 15 juillet. Mais il est essentiel d'ajouter que Madame X... n'était pas très-rassurée sur son état, elle s'inquiétait beaucoup, s'imaginant que les choses ne se passeraient pas bien et qu'elle avait quelque chose d'analogue à ce que M. About a raconté dans le *Cas de M. Guérin*.

Le 3 juillet au matin, les premières douleurs commencent et, pendant une heure au moins, j'observe les contractions régulières, intermittentes avec douleur et durcissement du ventre, en un mot des douleurs telles qu'elles ont lieu au début de l'accouchement; toutefois le toucher, pratiqué à plusieurs reprises, n'indiquait pas encore de dilatation du col. Aussi quand, après avoir prescrit un grand bain, je revins au bout de deux heures, tout était-il rentré dans l'ordre.

Les jours suivants, Madame X... devint plus préoccupée, plus inquiète; elle voulait sortir en voiture, mais je m'y opposai. Ses craintes se faisaient plus vivement sentir; elle n'accoucherait pas, disait-elle, on serait obligé de lui faire une opération, etc. Sur ces entrefaites, une amie à laquelle elle confia toutes ses inquiétudes, l'engagea à aller consulter son chirurgien, savant distingué, dont la réputation scientifique est appuyée sur des titres très-sérieux. Voilà que le 9 juillet, après avoir déjeuné, Madame X..., malgré son mari, malgré son père qui est médecin, descend les cinq étages de son escalier, monte en voiture et va consulter le chirurgien de son amie. Quelques heures après, le père et le mari m'apportaient une ordonnance avec le diagnostic, *fausse grossesse*, que mon très-honoré confrère, sur la demande que je lui en fis, à la prière du père de la malade, m'affirma être un *kyste multiloculaire* qu'il faudrait opérer promptement à cause de l'énorme développement qu'il avait pris en très-peu de temps.

Les objectionsque je fis à sa manière de voir : mouvements actifs du fœtus, douleurs ayant annoncé un commencement d'accouchement, ramollissement du col, etc., ne purent le convaincre et il se mit à ma disposition pour le cas où l'on se déciderait à l'opération. Le soir, voulant tranquilliser cette famille et donner un signe convaincant au père de Mme X..., je pratiquai le toucher debout et je percevai très-nettement le phénomène du ballottement, ce qui me permit d'affirmer la présence d'un produit dans l'utérus très-développé. A ce moment les malléoles et le bas de l'abdomen étaient le siége d'un œdème peu considérable.

En effet, le dimanche suivant, 11 juillet, à midi, les premières douleurs apparurent, et, à mon arrivée, à huit heures du soir, je trouvai le col dilaté et un peu plus large qu'une pièce de cinq francs, la poche des eaux bombait. Selon toutes les apparences, les choses allaient marcher rapidement et le travail paraissait devoir se terminer vers minuit. Mais voilà que vers dix heures, les douleurs deviennent moins fortes, les contractions moins longues et plus espacées; la dilatation du col se fait lentement, la poche des eaux ne fait point la saillie qu'elle devrait faire au moment des contractions ; bref, le travail se ralentit très-sensiblement. Vers deux heures du matin, je me décide à rompre les membranes avec le doigt, mais il ne s'écoule qu'une petite quantité de liquide. Une heure après, voyant que l'utérus ne se désemplissait pas, je renouvelle cette tentative, mais sans succès. M'armant alors d'une longue aiguille faite avec un morceau de bois, je perfore complètement les membranes, le liquide sort assez abondamment et bientôt sous forme de jet plus fort que celui qu'on obtient en ponctionnant une ascite. Je fais recueillir ce liquide et on en mesure six litres sans compter celui qui a imprégné le linge et qu'on n'a pas pu obtenir. Je pratique alors le toucher et je ne sens aucune partie fœtale au détroit supérieur, mais le ventre dont le volume avait beaucoup diminué permettait de reconnaître par la palpation le corps contenu dans l'utérus. Les douleurs reviennent bientôt plus fortes, plus rapprochées, et un quart d'heure plus tard le doigt rencontrait la partie fœtale. C'était une sorte de plaque dure, à la périphérie de laquelle étaient des parties molles. Etait-ce un genou, un coude? Impossible de rien préciser. Me préparant à tout événement, j'attendais, et, à quatre heures, l'utérus expulsait en première position un fœtus vivant, mais qu'il fut impossible de faire respirer, malgré toutes les tentatives essayées dans ce but : saignée légère par le cordon, respiration laryngée, respiration artificielle par la pression sur la poitrine et le mouvement des bras, bains, frictions, etc. Quelques minutes après, la délivrance se faisait avec la plus grande facilité et la vulve ne présentait aucune déchirure. Aujourd'hui, plus de quatre semaines après, Mme X... est complètement rétablie et ses suites de

couches n'ont nécessité d'autre médication que deux ou trois purgations légères pour faire passer le lait.

Examen du fœtus. — En essayant de ranimer le fœtus, je remarquai qu'il était atteint de malformation des membres et qu'il y avait arrêt de développement dans les os du crâne, le tronc et la face paraissaient normalement développés ; pris dans son ensemble, le fœtus qui était du sexe masculin avait un poids très-raisonnable. Les os du crâne étaient séparés par de larges membranes et je reconnus que la partie fœtale que j'avais eue sous le doigt au moment du toucher, n'était autre que le pariétal qui n'était relié aux os voisins que par une portion membraneuse assez large. Les membres étaient surtout atteints de raccourcissements qui affectaient principalement les deux premiers segments : bras, avant-bras, cuisse et jambe; les pieds et les mains étaient normalement conformés, mais ils paraissaient affectés de pieds-bot à cause de la facilité avec laquelle les articulations qui réunissent les différents segments des membres, pouvaient jouer presque dans tous les sens. La peau et les muscles ne présentaient aucune anomalie. La peau montrait un grand nombre de plis transversaux et des dépressions infundibuliformes d'apparence cicatricielle; mais une fois déplissées, celles-ci laissaient apparaître l'organe parfaitement sain. Ce fœtus présentait une malformation que M. le professeur Parrot a désignée sous le nom d'*achondroplasie*.

A la suite de cette communication qui l'a vivement intéressée, M. le professeur Parrot a bien voulu donner à la section de médecine, quelques détails complémentaires sur cette malformation qu'il a été à même d'observer plusieurs fois.

Elle ne tient pas au rachitisme, mais à un arrêt de développement des os dont le point de départ réside dans le cartilage qui est tout à fait stérile (d'où le nom d'achondroplasie). Il est probable, d'après lui, que le fœtus présentait un certain degré d'hydrocéphalie, lésion qu'il a toujours observée dans ces circonstances. Il arrive quelquefois que ces fœtus survivent, mais le fait est rare. Cependant Broca a pu présenter à la société d'anthropologie un homme de quarante-deux ans qui était atteint d'achondroplasie. Cette monstruosité coïncide-t-elle avec l'hydramnios ? Voilà ce qu'il serait intéressant d'élucider et, à ce point de vue, l'observation précédente est bonne à enregistrer.

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

(*Suite*).

III. Examen des Urines

Cet examen porte et sur les caractères physiques et sur les caractères chimiques : c'est l'analyse du clinicien et non celle du chimiste. Nous ne devons pas oublier, en effet, que nous sommes au lit du malade et non dans un laboratoire, et que le temps aussi bien que les instruments nous manquent pour rechercher la *petite bête*. Qu'on nous passe cette expression.

Les modifications physiques nous arrêteront immédiatement, c'est l'ordre logique : et parmi elles, tout d'abord, celles qui intéressent l'aspect ou la couleur. Viendront ensuite les questions relatives à la réaction, à la quantité, à la densité.

L'odeur peut avoir son importance, mais c'est toujours la question secondaire. Quant à la saveur, qu'on nous permette de ne pas recommander une dégustation aussi scientifique.

Ce premier examen souvent nous suffira, soit qu'un examen antérieur plus approfondi nous ait fait connaître le sens dans lequel les modifications ultérieures pouvaient se produire, soit que les caractères généraux de la maladie aient été assez nets pour permettre un diagnostic certain et qu'alors les altérations de l'urine présentent une fixité telle qu'un coup d'œil rapide puisse permettre au médecin de les bien saisir.

Mais souvent aussi les modifications d'ordre physique solliciteront de nous un examen chimique, la recherche de quelque substance dont la présence ou les proportions soient anormales, en un mot l'analyse de l'urine.

Force nous sera bien alors de recourir aux réactifs et aux instruments ; mais, ayant surtout besoin de l'analyse qualitative et n'usant presque jamais que de l'analyse quantitative comparative, nous pourrons simplifier nos procédés et les approprier aux exigences de la pratique journalière

Modifications des caractères physiques. — *L'aspect* de l'urine est très variable : dans l'état de maladie, comme dans l'état de santé, il est différent selon qu'on examine l'urine aussitôt après son émission ou bien, au contraire qu'on attend un temps plus ou moins long.

L'urine est claire normalement quand elle est récente ; toutes les fois donc qu'elle présentera des caractères opposés, elle attirera l'attention du médecin, car c'est toujours là le signe d'un vice de nutrition générale, d'une dégénérescence ou d'une altération de la vessie ou des reins.

Si elle a une teinte louche ou blanchâtre, elle peut tenir en suspension des parcelles de phosphate de chaux, du mucus, des urates, de la fibrine, des épithéliums, du pus, des ferments et, dans les pays chauds, des globules graisseux (lymphurie).

S'il s'agit de globules purulents, de cylindres

fibrineux ou d'épithéliums, il arrivera souvent qu'en même temps elle soit ammoniacale et visqueuse.

Dans d'autres cas elle aura l'apparence de brique pilée délayée, c'est qu'elle contiendra une grande quantité d'urates acides (gravelle urique).

Les urines très limpides se rencontrent au contraire dans presque tous les cas de polyurie, dans le diabète, les maladies nerveuses, etc...

Quand on examine l'urine un certain temps après son émission (notons en passant que cet examen doit être fait avant que la fermentation n'ait détruit les caractères propres de l'urine), les troubles observés présentent une signification bien différente.

On pourra trouver à la surface du liquide ou sur les parois du vase des cristaux extrêmement ténus présentant l'aspect d'un givre blanchâtre : on en conclura que l'urine est saturée d'urée, caractère propre aux fièvres inflammatoires franches et aux fièvres éruptives (pneumonie, — variole).

On trouvera, dans d'autres cas, au fond du vase, un amas de petits cristaux ayant l'apparence de grains de sable très-fins; ce sera l'indice d'un excès urique dans l'économie, car ils sont constitués par des urates acides.

Bien plus souvent l'urine sera totalement trouble et présentera, comme aspect, une certaine ressemblance avec l'urine du cheval, d'où le nom d'*urine jumenteuse* qui lui a été donné. Il s'agit encore ici d'urates présentant une coloration d'un rose plus ou moins franc (grâce à l'acide rosacique et ses dérivés).

Ce trouble qui se rencontre fréquemment en hiver dans les urines normales, est occasionné par la faible solubilité des urates acides dans l'eau. Il faut, en effet, pour dissoudre l'acide urique, 15,000 parties d'eau froide et 1,800 parties d'eau bouillante. Rien d'étonnant donc si les sels, tenus en solution à la température de l'émission, arrivent rapidement par le refroidissement au point de saturation et se déposent en troublant le liquide.

Le phénomène sera plus sensible si un état morbide quelconque augmente dans l'urine la proportion d'acide urique : c'est ce qu'on trouve lorsque, à une exagération du travail de dénutrition, se joint une gêne du travail de l'hématose ou lorsqu'une disproportion trop grande existe entre les deux ordres de phénomènes. (Fièvres inflammatoires, rhumatismale, etc...)

Les phosphates et carbonates terreux peuvent aussi se déposer et troubler l'urine ; le sédiment est alors généralement blanc ou grisâtre (en même temps que la réaction du liquide devient neutre ou alcaline. C'est l'indice d'une dénutrition osseuse intense : carie, rachitisme, ostéomalacie.)

Les phosphates peuvent encore se déposer dans les affections cérébrales à forme grave, dans la méningite. — Enfin on les trouve dans la gravelle phosphatique.

Il contient, en terminant, de parler du cremor auquel on a donné le nom de *Kyestéine* et dont on a voulu un moment faire une caractéristique de la grossesse. — Cette pellicule, qui peut d'ailleurs se montrer dans bien d'autres cas, n'est composée que de spores de mucédinées et de vibrions végétant sur des cristaux d'urates et de phosphates terreux ou de phosphate ammoniaco-magnésien.

La *couleur* a été incidemment indiquée dans le chapitre précédent en ce qui concerne les urines troubles, nous n'y reviendrons pas; mais nous devons signaler les modifications qu'elle peut présenter dans les urines exemptes de sédiment.

Ces variations de la couleur sont pour ainsi dire innombrables. Empruntant les dénominations aux objets vulgaires auxquels on l'a comparée, on dit qu'une urine est jaune citron, eau de roche, verdâtre, jaune ambré, jaune safrané, rouge ambré, acajou, rouge brique, etc...

D'une manière générale, on peut dire :

1° Que la diminution d'intensité de la couleur de l'urine indique un accroissement de l'action rénale, dans un temps donné, et une diminution relative de la proportion des principes solides, de l'acide urique et des urates particulièrement;

2° Que l'augmentation de la couleur coïncide avec un abaissement de la quantité excrétée dans le même temps et se trouve en rapport avec une élévation de la quantité des matières dissoutes dans l'eau et surtout des urates.

Dans les fièvres, la fièvre hectique, les diverses maladies aiguës, l'urine est rare et chargée de matériaux dissous; on conçoit donc que sa teinte se fonce presque toujours dans ces cas.

Au contraire, dans les maladies chroniques, chez les anémiques, les convalescents et surtout les diabétiques, l'urine devient très-pâle; il en est de même des urines sécrétées pendant les accès nerveux exempts de fièvre. — Dans tous ces cas, sauf le diabète, ce résidu sec reste au-dessous de la normale.

Il ne s'agit alors que de la proportion plus ou moins grande des substances colorantes normales. Mais certaines colorations rouge, rouge brun, brunâtre ou verdâtre, peuvent tenir à la présence

de pigments spéciaux qu'on ne rencontre pas habituellement.

Les urines foncées auxquelles on a donné le nom d'hémaphéiques contiennent l'*urobiline*, corps voisin de la bilirubine.

D'autrefois, l'*indican* (normal dans l'urine) se dédouble et donne de l'*uroglaucine* bleue et de l'*urrhodine* rouge, d'où les colorations bleues, violettes ou vertes qu'on a quelquefois signalées. L'*hémoglobine* du sang, pure ou altérée, colore l'urine en rouge vif, en brun et même en noir.

Les urines chargées de *pigments biliaires* sont colorées en brun, rouge ou vert foncé, etc.

Résumons-nous :

Une urine pâle et incolore est caractéristique de la polyurie et des affections nerveuses sans fièvre (hystérie) (1).

Une urine verdâtre indiquera un sujet anémique, cachectique, ou atteint de diathèse scrofuleuse.

La couleur rouge ambré sera le signe presque certain d'une affection aigue inflammatoire ou d'un trouble apporté par le froid dans l'économie.

La couleur de bouillon est particulière à la fièvre typhoïde et aux fièvres graves en général, typhus, scorbut.

La couleur brune avec reflets verdâtres sera l'indice de troubles de l'excrétion biliaire (coliques hépatiques, ictère).

La teinte lavure de chair indiquera le passage du sang ou tout au moins de la matière colorante des globules dans l'urine (albuminurie aiguë).

La teinte acajou ou brunâtre des urines hémaphéiques, fera songer à l'ictère grave et en général aux altérations organiques du foie.

Telles sont les principales indications que *de visu* l'urine pourra fournir. Il en existe certainement bien d'autres, mais, outre qu'il est impossible de les mentionner toutes, nous serons obligé de revenir sur ce sujet lorsque nous étudierons en particulier les différentes substances dont l'analyse chimique nous fera connaître la présence.

La réaction des urines est normalement acide, et il résulte des expériences d'Andral que presque toujours, au moment de son émission, l'urine pathologique conserve ce caractère.

Cependant s'il y a maladie ou altération des reins ou de la vessie, l'urine peut devenir neutre, même alcaline.

La même réaction peut se rencontrer dans certains troubles mal définis de l'innervation, dans la chlorose, la débilité générale ainsi qu'au début de certaines convalescences.

L'acidité par contre est augmentée dans la plupart des maladies aiguës, bien que la quantité totale d'acide éliminé subisse plutôt une diminution ; c'est que les urines sont moins abondantes et partant plus concentrées.

Cette acidité se trouve encore dans les fièvres graves et dans les fièvres intermittentes où elle atteint son maximum vers la fin de l'accès.

Chez les nouvelles accouchées, les urines sont généralement neutres et ont une tendance à devenir rapidement ammoniacales.

Rien n'est plus simple que de constater quelle est la réaction d'une urine, il suffit d'en imbiber un papier de tournesol ; néanmoins quelques recommandations peuvent ne pas être superflues.

Il est bon, tout d'abord, de ne point user de papiers trop fortement colorés. Gubler recommandait avec raison, les papiers violets (violet-rose, violet-bleu), dont la très-grande sensibilité écarte toute chance d'erreur.

De plus, en cas de résultat négatif, il faut toujours faire la contre-épreuve : c'est le seul moyen de constater la neutralité si elle existe. De ce qu'en effet un papier rouge ne deviendra pas bleu, il ne s'en suit pas que l'urine soit acide et réciproquement un papier bleu qui ne rougira pas ne permettra pas d'affirmer la réaction alcaline.

Cette constatation de la réaction, toujours utile, ne saurait d'ailleurs, à elle seule, avoir une grande valeur ; mais elle éclairera le clinicien sur la nature des autres altérations qu'il pourra rencontrer.

Dans une urine trouble, acide, par exemple, il ne cherchera pas de sels de chaux, pas plus qu'il n'admettra un instant la présence d'un dépôt d'urates, dans une urine à réaction alcaline.

Il sera bon de rechercher si cette alcalinité est due à l'ammoniaque (libre ou carbonatée), aux phosphates ou aux carbonates alcalins.

Signalons en terminant, l'alcalescence qui accompagne l'ingestion d'eaux minérales alcalines, ou bien un régime purement végétal surtout s'il s'agit de fruits riches en citrates, malates et tartrates alcalins ; la sécrétion enfin du suc gastrique, paraît donner naissance à du phosphate basique de soude qui, pendant le travail de la digestion, peut au moins neutraliser l'urine. Ce sont là des conditions qu'en aucun cas il n'est permis de négliger.

(*A suivre*). Dr G.

(1) L'urine de la boisson, comme celle des enfants du premier âge, présente ce caractère. — Disons encore que l'urine chez la femme est généralement moins colorée que chez l'homme.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Acceptation de la New-York, en qualité de Compagnie d'assurances sur la vie, pour les membres du Concours médical.

A nos adhérents,

Nos renseignements recueillis depuis près d'une année, nos informations satisfaisantes sous tous les rapports, nous permettent de faire *choix définitif* de la Compagnie la New-York.

Certains d'avoir trouvé la solution la plus satisfaisante, nous faisons appel avec confiance aux déterminations raisonnées de tous les membres du *Concours* qui se trouveront en situation de contracter assurance. Nous les prions de faire part à leurs amis des éléments que nous avons mis et mettrons à leur disposition.

La New-York est une compagnie ancienne, puissante et d'une loyauté à toute épreuve. Elle opère en Europe parce qu'elle diminue ainsi les risques des mutuellistes, en les répartissant sur des populations différentes de celles d'outre-mer.

L'extension continue de ses affaires en France, lui enlèvera en partie son caractère étranger. Le vote des assurés français peut s'exercer chaque année par fondé de pouvoirs pour la nommation du conseil d'administration de la Compagnie.

Il n'existe pas de société analogue dans notre pays et s'en formerait-il une, que nous n'aurions pu prendre sur nous de la préférer, dès sa naissance, à une compagnie datant de 1845 et comptant plus de quarante-trois mille assurés.

Nous avons la conviction profonde que l'accession du médecin, à l'assurance sur la vie, est la solution pratique des difficultés de son existence. Nous avons démontré que les projets élaborés jusqu'à ce jour ne sont pas pratiques. Seule l'organisation présentée par le *Concours médical* revêt le caractère d'utilité et d'application immédiate, quel que soit le nombre des médecins qui prendront la détermination de contracter assurance.

Après quelques années d'exercice, nous savons tous la situation à laquelle nous devons borner notre ambition et nos espérances.

Aliéner le patrimoine ou la dot qui constituent notre avoir, pour élever notre famille, ou bien renoncer à voir les enfants suivre la carrière paternelle : telle est l'alternative. Si le médecin avait plus d'aisance il y aurait moins d'officiers de santé et l'Etat devrait bien nous accorder la gratuité des examens et des diplômes.

Il faut donc que l'assurance reconstitue ce qu'on a sacrifié. L'assurance à la New-York, sous ses diverses formes, est seule en état de nous le permettre. Nous ne craindrons pas de revenir sur ce sujet.

Le médecin pourvu d'une assurance sur sa vie, son plus précieux capital, tranquille sur le sort de sa famille et le sien, reconquiert du même coup son *indépendance* vis-à-vis de ses clients, de ses confrères et de la société. Dès ce moment, il peut refuser les salaires infimes que les exigences de son intérieur l'obligeaient à accepter auparavant. Il laisse, à de plus infortunés que lui, les corvées accomplies à des prix humiliants. A sa valeur personnelle il a ajouté la valeur sociale d'une fortune reconstruite. Ses confrères seront en droit d'attendre de ce père de famille rassuré, la délicatesse de procédés qui n'était pas en son pouvoir, alors qu'il tremblait pour les siens.

Ce changement de situation s'accomplit dès le paiement de la première prime.

Nous affirmons qu'il est, à l'heure actuelle impossible de trouver une organisation qui nous donnerait les avantages suivants que nous garantit la New-York :

Vous avez 30 ans : versez à la Compagnie pendant 20 ans, une prime annuelle de 970 fr. 60 cent. Durant cette période, vous aurez versé 19,412 fr.

Si vous mourez avant l'âge fixé, votre famille touchera 20,000 fr.

Si vous arrivez, ce qui est la probabilité, au terme choisi de 50 ans, vous toucherez 41,080 *fr. environ.*

Si, à ce moment, vous pouvez vous passer de la somme qui vous est due, vous pouvez prendre deux partis, qui, dans tous les cas, ne vous obligent désormais à aucun versement : 1o *Dire à la Compagnie : Vous paie-*

rez, à mon décès, à mes héritiers 95,500 *fr.*; 2° *ou bien : Vous me servirez dès ce jour une rente viagère de* 3,524 *fr.* 60 *cent.*

Voilà des résultats sérieux : ou la fortune des vôtres reconstituée, ou la retraite du médecin réalisée avec une certaine ampleur.

Que chacun de nous, se guidant sur cet exemple, proportionne ses primes à ses ressources et à ses désirs.

Nous ferons toucher du doigt la possibilité de l'assurance pour le plus gêné des nôtres. Nous prouverons que celui qui est dans l'aisance, pourra par l'assurance s'en garantir la jouissance contre les éventualités et qu'enfin quant aux fortunés, il leur est assurément difficile de trouver, à l'heure actuelle, un *placement* plus rémunérateur.

Nous invitons dès aujourd'hui les membres du *Concours* qui ont déjà fait leurs ouvertures à la New-York, et ceux qui avaient réservé leurs déterminations jusqu'à ce que la Compagnie fût acceptée, à conclure sans retard. Nos conventions sont faites avec la Compagnie, dans des conditions favorables. La *Caisse de Prévoyance des assurés* est constituée ; nous ferons part bientôt de son organisation et des ressources qu'elle possède déjà. Nous allons étudier son règlement. Elle se constitue par le seul fait des assurances contractées par les *membres du Concours* qui doivent demander leurs renseignements au chef du bureau de Paris de la Compagnie la New-York, 19, avenue de l'Opéra, Paris.

En procédant de la même façon, les *abonnés payants du Concours Médical*, quelle que soit leur profession, peuvent participer à la *Caisse de Prévoyance* en se prévalant de leur qualité d'abonnés.

Il en est de même de *tout médecin* qui insuffisamment informé, ne serait pas encore disposé à devenir des nôtres, à un titre quelconque. Il lui suffira de nous exprimer son désir de s'assurer à la New-York et présenté par nous et par conséquent, assurant à la caisse un versement par la Compagnie, il participera au fonctionnement de cette caisse.

Nous pensons aussi qu'il serait possible à tout médecin, déjà assuré à une autre Compagnie, de participer aux avantages de la *Caisse de Prévoyance*, en contractant une nouvelle assurance à la New-York, même pour une somme peu élevée ; ou simplement en versant *à la caisse* la moitié d'une de ses primes annuelles.

Certes, nous avons à cœur d'être utiles à tous ceux qui nous ont honoré de leur confiance. Mais nous sommes convaincu que s'il nous est jamais donné de mériter un peu de leur gratitude, nous y aurons le plus de droits le jour où grâce à nos excitations, ils se seront déterminés à contracter une assurance à la New-York. *Le Directeur*,

A. CÉZILLY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des différents appareils employés dans le traitement des fractures de jambe, et des résultats obtenus avec chacun d'eux. — Un grand nombre d'appareils ont été successivement employés dans le traitement des fractures de jambe : la plupart sont aujourd'hui tombés en désuétude et la chirurgie courante n'applique plus guère que les gouttières, l'appareil dextriné de Velpeau, l'appareil de Scultet, les appareils plâtrés et silicatés.

Les *gouttières en fil de fer*, préconisées par Mayor, sont journellement employées dans les hôpitaux de Paris. Elles sont d'une application rapide et facile et constituent des appareils précieux pour un premier pansement et le transport d'une fracture compliquée. Mais elles ne s'opposent que d'une façon imparfaite au déplacement des fragments et, si elles peuvent rendre de très-grands services pendant la première période d'une fracture, elles deviennent le plus ordinairement insuffisantes au moment de la formation du cal.

L'*appareil dextriné de Velpeau* n'est plus guère usité : Velpeau employait pour une fracture de jambe 300 grammes de dextrine qu'il malaxait avec 180 gr. d'eau-de-vie camphrée, puis il ajoutait petit à petit 150 grammes d'eau chaude. Il entourait ensuite la jambe avec une bande trempée dans ce mélange : au bout de quatre ou cinq heures l'appareil était sec. On voit que la durée de la dessiccation était longue, comparée à celle de l'appareil silicaté, et, de plus, il fallait que la bande roulée exerçât dans toute la longueur de la jambe une compression bien égale.

L'*appareil de Scultet* date du XVIIe siècle, mais il est encore aujourd'hui d'un usage journalier. Nous n'avons point à donner sa description, qui se trouve exposée dans tous les traités de petite chirurgie. Nous

insisterons tout à l'heure sur les résultats qu'il donne et sur les indications spéciales qui nécessitent son emploi.

Les *appareils plâtrés*, probablement imaginés par les Arabes et importés en Europe au XIXe siècle, ont rapidement fait fortune et, dans certains services de chirurgie, servent presque exclusivement au traitement de toutes les fractures. Ils s'emploient sous forme d'attelles ou de gouttières. Maisonneuve se servait dans les fractures de trois attelles, l'une postérieure, et les deux autres latérales. L'attelle postérieure, appliquée tout d'abord, devait se recourber sous la plante du pied pour former une véritable semelle, et les deux attelles latérales, appliquées ensuite devaient n'en constituer qu'une seule fort longue (un étrier) dont le milieu, appliqué sous le pied maintenait l'attelle postérieure et dont les chefs étaient situés sur les parties latérales de la jambe. L'appareil desséché était maintenu par trois ou quatre circulaires de diachylum.

Actuellement on emploie plus souvent les appareils plâtrés d'une senle pièce en forme de botte ou de gouttière, suivant la largeur de la fenêtre longitudinale laissée à la face antérieure de l'appareil.

M. Richet mélange au plâtre de la gélatine, dans la proportion de 2 grammes pour un litre d'eau. Dans ce mélange solidifiable il trempe ou une bande de tarlatane dont il entoure la jambe, ou des bandelettes séparées de tarlatane appliquées comme les bandelettes de Scultet.

Les *appareils silicatés,* quoique datant de quinze ans à peine, sont fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris.

Tous les appareils, lorsqu'ils sont posés avec soin, peuvent donner d'excellents résultats, et c'est ce qui explique la préférence que chaque chirurgien a pour tel ou tel d'entre eux; mais le meilleur sera toujours celui qui arrivera à la rectitude du membre la plus parfaite, et à la moindre saillie des fragments du tibia.

Cette appréciation de degré peut surtout être faite dans les hôpitaux spéciauxde convalescence qui reçoivent successivement un grand nombre de malades traités par des méthodes différentes. Aussi les remarques qu'a faites, à ce sujet, M. du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes, ont-elles une très-grande valeur. D'après cet auteur, s'il s'agit de fractures avec peu de déplacement, les résultats sont à peu près les mêmes, quels que soient les appareils employés. Il n'en est plus de même dans les fractures obliques, et la différence alors devient plus considérable; toutes les fois qu'il a comparé les résultats donnés par Scultet et ceux donnés par l'appareil plâtré, l'avantage est toujours resté à l'appareil de Scultet: avec ce dernier l'attitude du pied est plus normale et le raccourcissement moindre. Cela tient à ce que l'appareil plâtré, par sa dessication rapide, ne permet d'exercer ni extension ni contre-extension et, par là, doit favoriser la production des raccourcissements. Pour faire l'extension dans les fractures de jambe, il faut, en effet, embrasser d'une main presque toute la circonférence du pied et de l'autre le talon; or si on tire sur ces parties comprises dans l'appareil plâtré au moment de sa dessication, il en adviendra une constriction du pied qui forcera bientôt à enlever l'appareil. Pour éviter cette constriction on néglige de faire l'extension et, une fois la consolidation obtenue, on trouve alors un raccourcissement. L'application de l'appareil de Scultet permet au contraire une contention parfaite et une extension facile qui est continuée chaque fois que l'on visite l'appareil.

Enfin, comme les gouttières plâtrées exposent les téguments à des excoriations, l'observateur conclut que dans les fractures obliques de la jambe, *elles ne devront pas être appliquées dès le début*, les appareils amovibles, et en particulier l'appareil de Scultet, seront préférables dans cette période.

De la Scille

Dans la thérapeutique infantile (d'après une leçon de M. Jule Simon).

La Scille est un médicament excellent, qui trouve sa principale médication dans les maladies du cœur.

On emploie, les squames du bulbe de la scille maritime. L'alcaloïde, la scillitine, qu'ils contiennent, est une substance toxique, qui semble agir avec une grande violence sur les animaux, puisque cinq centigrammes suffisent pour donner la mort à un chien, mais que sa composition mal définie et non constante, ne permet pas d'utiliser en thérapeutique.

Les squames de scille, coupées en petites lanières et desséchées, forment la base d'un grand nombre de préparations. Les principales sont: *la poudre, l'extrait alcoolique, la teinture* dont l'usage est très-habituel, *l'oxymel scillitique ;* enfin la scille entre pour une grande part dans la composition des vins diurétiques amers de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, ce dernier contenant également de la digitale. Mais les enfants sont rarement hydropiques par maladie du cœur. Les vins diurétiques sont donc chez eux d'un emploi exceptionnel.

Dosage. Toutes ces préparations sont aisément tolérées par les enfants et leur administration ne présente pas de difficultés. M. Jules Simon donne à un enfant de quatre à cinq ans de 0,01 à 0,05 centigr. de poudre et d'extrait en pilules ou en potion, en observant bien entendu le précepte général du fractionnement des doses. Dans les mêmes conditions, on peut prescrire 20 à 30 gouttes de teinture ou, en cas d'indication spéciale, une à deux cuillerées à café de vin diurétique en vingt-quatre heures. L'oxymel scillitique est un agent thérapeutique des plus commodes ; il est facilement supporté à la dose de 1 à 2

cuillerées dans un pot de tisane. La teinture de scille, associée à la teinture de digitale à parties égales, 10 grammes par exemple dans 30 grammes d'huile de camomille, est employée pour l'usage externe, en fomentations et en frictions.

Action physiologique Les effets physiologiques principaux de la scille, prise à des doses massives, sont la cardialgie et les vomissements. A très-petites doses, cette substance agit d'abord sur les sécrétions rénale, gastro-intestinale et bronchique, qu'elle exagère. Elle manifeste également son action par un état nauséeux, la tendance aux vomissements, et, concurremment, par une sédation de la circulation; ces deux actions seraient connexes pour certains auteurs. L'effet éméto-cathartique serait ici la cause du ralentissement du pouls; celui-ci est cependant bien moins modifié par la scille qu'il ne l'est par la digitale et c'est là une condition favorable à l'administration du médicament qui nous occupe. Au reste, des trois effets physiologiques de la scille : hyperémie, état nauséeux, sédation de la circulation, le premier est le principal.

Indications. Dans les dyspnées symptomatiques de l'emphysème (affection fréquente après la coqueluche), dans l'adénopathie bronchique, dans les bronchorrhées, la scille rendra de grands services, en favorisant les secrétions bronchiques dont elle modifiera le caractère et la nature.

Comme diurétique, elle agit heureusement dans les hydropisies cardiaques et dans toutes celles qui n'ont pas leur point de départ dans une altération rénale.

Si on joint à cette propriété diurétique son influence sédative sur la circulation, on n'hésitera pas à la conseiller dans tous les cas de pyrexie accompagnés d'urines bourbeuses.

Enfin, en raison de son innocuité, comparée aux inconvénients et aux dangers de la digitale, d'une élimination beaucoup plus lente, on pourra y avoir recours sans inquiétude dans les maladies du cœur des enfants, tantôt en l'associant à la digitale dans le but d'en mitiger les effets, tantôt en l'administrant seule pour en prolonger l'action bienfaisante ou la remplacer complètement.

CORRESPONDANCE

— Dr S., à B. (Vaucluse), 31 août.

Oui, l'énonciation de la qualité de membre du *Concours* suffit aux fournisseurs communs. Ils peuvent d'ailleurs, s'ils le jugent opportun, se renseigner à l'administration du journal. Nous vous sommes reconnaissant des actes de concours que vous voulez bien nous dire que vous avez déjà accomplis. Vous ne vous bornerez pas à ceux que vous spécifiez.

— Dr J., 514, 31 août.

Nous avions déjà entendu parler du Dr Ch. avec grand éloge. C'est une heureuse acquisition, dont nous vous sommes redevable. Votre approbation nous est précieuse, quand vous dites que vous n'avez qu'à louer sans restriction la marche du *Concours*.

— Dr de F., à S. (Haute-Vienne), 1er septembre.

Vous êtes inscrit. Oui, nous avions songé déjà à cette publication; elle nous paraît comme à vous, très-opportune. Vous devriez nous adresser nos idées sur les questions professionnelles.

— Dr M., 625, 1er septembre.

« *Vous pouvez être assuré de mon concours le plus dévoué, tant que vous suivrez la ligne de conduite que vous vous êtes tracée.* » Cette observation que nous acceptons pleinement, vous crée à vous le devoir rigoureux de nous faire vos observations le jour où vous désapprouveriez une de vos mesures et nous en demander les motifs.

— Dr M., Paris, 2 septembre.

Reçu votre mandat.

— Dr L., à M. (Bouches-du-Rhône), 2 septembre.

Certainement que nous vous inscrirons volontiers. Nous n'avions pas reçu votre lettre du mois précédent.

— Dr G., à Q. (Hainaut), 2 septembre.

Vous êtes membre participant. Nous serions heureux d'avoir dans votre région nombre de confrères animés des mêmes sentiments que les vôtres.

— Dr L., à B. (Gironde), 3 septembre.

Puisque, à votre grand regret, vos occupations ne vous permettent pas d'être membre de cette commission, vous pourriez nous écrire vos idées sur le règlement à établir.

— Dr P., à La N., 4 septembre.

Le Dr P. est inscrit dès ce jour. Si vous ne pouvez collaborer, vous avez bien des actes de concours en votre pouvoir; ce qui nous le prouve c'est que vous songez à accroître notre nombre.

— Dr F., 396, 4 septembre.

Fait l'inscription.

— Dr F., à S.-P. (Loire-Inférieure), 4 septembre.

Reçu votre mandat. Nous sommes heureux que vous ayez contracté avec la New-York. Vous êtes inscrit.

— Dr R., à A. Le Ch. (Allier), 4 septembre.

Vous êtes inscrit participant.

— Dr P., à M., à R. (Charente-Inférieure), 7 septembre.

Fait la rectification. Inscrit l'adhésion et pris acte de votre promesse de concours.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 38 18 septembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

— La séance de l'Académie de médecine a été, en grande partie, occupée par la lecture d'un très-savant, d'aucuns disent trop savant, mémoire de M. Giraud-Teulon, intitulé: *Analyse critique d'un essai d'une explication génétique des mouvements oculaires.*

— Deux congrès viennent d'avoir lieu en Italie: celui de bienfaisance à Milan, et celui d'hygiène à Turin. Parmi les communications intéressantes faites à ce dernier, nous tenons à signaler celle de notre collaborateur le docteur Drouineau (de la Rochelle) *sur les rapports de la météorologie et de l'hygiène ; sur le mobilier scolaire* et *sur les moyens de remédier à l'insuffisance de la ventilation dans les manufactures.*

Un certain nombre de médecins français ont d'aileurs pris une part active au congrès de Turin, qu'il nous suffise de citer MM. G. de Beauvais, Émile Trélat, Marié-Davy, Vidal, Henri Napias, Bonnafond, etc.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

DES ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

(*Suite*).

Nous allons, après avoir résumé les accidents de la délivrance et leur traitement nous occuper des accidents de la délivrance *après l'accouchement.*

Nous nous servirons encore à ce sujet d'un très-bon travail du Dr Brun, (*Thèse de Paris*) auquel nous avons déjà emprunté la plupart des notions contenues dans nos précédents articles.

1o HÉMORRHAGIES. — Dans l'étiologie des pertes utérines après l'accouchement, ce qui domine la scène, c'est l'inertie utérine.

L'inertie peut survenir avant la délivrance, inertie utérine consécutive, par opposition à celle qui se montre pendant le travail, désignée sous le nom d'inertie primitive. Mais, l'une est un défaut de contractilité, ou plutôt un temps d'arrêt d'une propriété essentiellement intermittente; l'autre est un défaut de rétractilité, propriété essentiellement continue.

Enfin, on a appelé inertie secondaire celle qui survient après la délivrance. Engagé dans la voie du retrait, l'utérus, sous une influence quelconque, subit une évolution rétrograde.

Quelles sont les conditions qui favorisent l'inertie ?

1o La multiparité. Les femmes qui ont eu sept, huit enfants, meurent souvent de pertes après la couche, sorte d'axiome qu'il ne faut jamais oublier. Le muscle utérin, fatigué par les distensions successives, épuisé, surmené par ces alternatives réitérées de déplétion et de réplétion, d'hypertrophie et d'atrophie, perd peu à peu l'énergie de son fonctionnement. Son action perd de sa vigueur, de sa continuité. Il aspire au repos, et, après un suprême effort pour expulser le fœtus, il retombe dans une dangereuse atonie. Si le placenta n'est pas décollé, le danger immédiat est conjuré. Mais s'il est décollé, on n'échappera à la gravité de la perte que par la promptitude des secours. Aussi, faut-il être toujours prêt à combattre cette éventualité, et, en particulier, *ne-*

jamais se hâter de délivrer les multipares, laisser à l'utérus le temps de reprendre ses forces, au ressort distendu le temps de revenir sur lui-même. Au début de sa carrière, le médecin doit toujours songer à cet accident. Veut-on un exemple des funestes conséquences de cet oubli? Vous accouchez une femme renommée dans le pays autant par sa fécondité que par la facilité avec laquelle elle s'est toujours débarrassée de ses nombreux produits de conception. Heureux d'avoir, à votre début, un cas dépourvu de toute complication du côté du bassin et des parties molles, vous vous félicitez à l'avance d'un succès facile et de l'effet moral qu'il pourra produire pour votre réputation future. Mais, par une décevante fatalité, cette femme, qui, sous l'égide de votre prédécesseur, accouchait toujours sans encombre, meurt entre vos mains.

Aussitôt la malignité publique s'empare du fait et le commente à votre détriment, sans compter que cette fois, par hasard, elle n'a pas tous les torts. L'oubli de ce danger est d'autant plus impardonnable que dans l'immense majorité des cas, le remède est aisé et tout puissant; le tout est de l'avoir à sa portée. Disons tout de suite que c'est l'ergot de seigle.

2° Une autre cause d'inertie utérine, c'est la longueur du travail; tous les obstacles mécaniques concourent à cet effet, les rétrécissements du bassin, la résistance du périnée, les rigidités du col, etc. Mais il est une catégorie de femmes chez lesquelles cette inertie est, pour ainsi dire, la règle de leur constitution, comme elle est la règle de leur vie physique et morale. Blondes, lymphatiques, molles, passives, presque neutres, toutes leurs fonctions s'en ressentent. Elles mettront deux jours, trois jours pour accoucher, la lenteur est chez elles une nécessité de nature, c'est une question de terrain; à tous les efforts tentés pour les faire sortir de cette torpeur native, elles opposent cette mollesse qui vous désarme.

3° Un travail trop prompt est encore une cause de perte après la couche; étonné, pour ainsi dire, de cette brusque déplétion, l'utérus ne réagit qu'un instant après, et si le placenta est décollé en totalité ou en partie, le sang coule aussitôt. Au contraire, la sortie lente, graduelle du fœtus offre un point d'appui à l'utérus qui le suit pas à pas, trouvant dans sa présence et dans son contact une source d'excitation qui favorise son mouvement de retrait progressif.

4° Les fibrômes utérins, après avoir été une cause d'inertie primitive, peuvent gêner la rétraction consécutive. Il est évident que la partie du corps de l'utérus qui est en rapport avec la tumeur ne pourra suivre le reste du tissu avec la même rapidité.

5° La présence dans l'utérus d'un délivre ou d'une de ses parties; tant qu'il y séjournera, il gênera la retraction et de plus sera une sorte d'aiguillon; excité par la présence de ce corps étranger, l'utérus s'irrite et le sang afflue, comme autour d'une épine qui a pénétré dans nos tissus.

6° Les ruptures de l'utérus; mais dans ce cas l'inertie n'est qu'un accident secondaire comparé à la gravité des autres conséquences de la rupture.

7° On a signalé la rétention d'urine; mais il y a place dans l'abdomen pour les deux organes, et si parfois la vessie distendue masque l'utérus, le plus souvent aussi elle s'incline du côté opposé et on peut manifestement sentir les deux tumeurs par la palpation. L'utérus sera néanmoins maintenu à une certaine hauteur, et si le défaut de descente n'entraîne pas toujours son inertie, son action prolongée peut y prédisposer, et surtout à la rétention de caillots, de débris de membranes, pouvant amener l'infection putride. Il faut donc, de même que pendant le travail, surveiller attentivement l'état de la vessie pendant les jours qui suivent l'accouchement.

L'oubli de ce précepte a souvent donné lieu à de regrettables erreurs.

8° Les fatigues prématurées, cause fréquente d'inertie secondaire. La femme se lève trop tôt. On peut dire que leur entêtement à cet égard fait le désepoir des accoucheurs. Non-seulement une hémorrhagie peut en être la conséquence, mais on peut affirmer que la majorité des affections utérines ont cette imprudence pour point de départ. Comment, en effet, l'utérus, déjà embarrassé de son propre poids, pourra-t-il subir la dégénérescence nécessaire à l'absorption de ses éléments exubérants?

Sa position déclive, le poids des viscères abdominaux, les mouvements imprimés à sa masse par une marche, une fatigue prématurées, la gêne que son volume apporte dans les fonctions des organes voisins, les alternatives de plénitude et de vacuité de ces derniers; l'accumulation mécanique des matières fécales, n'y a-t-il point là plus d'un motif de trouble, plus d'une occasion de maladie? Les déchirures déterminées sur le col par le passage de la tête fœtale auront-elles le calme nécessaire à leur cicatrisation, et n'est-ce point là l'origine de tant d'ulcérations du col?

9° La distension extrême de l'utérus par l'hydropisie de l'amnios, la présence de deux ju-

meaux ; la rétention de nombreux caillots sont autant de causes d'inertie.

10° L'existence de pertes dans les accouchements antérieurs sera tenue en ligne de compte. L'utérus s'habitue à la répétition des mêmes actes ; de même qu'on voit des fausses couches survenir périodiquement aux mêmes époques de grossesse, on voit aussi les pertes se renouveler avec la même désolante exactitude.

11° Cazeaux signale la pléthore. Elle n'a qu'une importance secondaire.

12° « Rokitanski a le premier signalé la paralysie du lieu d'insertion du placenta comme une cause d'hémorrhagie grave pendant la période de délivrance. Cette paralysie se révèle souvent par la forme extérieure de la matrice. En effet, la partie affectée est refoulée vers l'intérieur de l'organe par la contraction du tissu environnant, de sorte que le palper fait reconnaître l'existence d'une dépression de la paroi utérine. » (Nægelé).

Toutes les causes que nous venons d'énumérer ont l'hémorrhagie pour conséquence et l'inertie pour mécanisme de l'hémorrhagie. Mais il est encore des cas d'hémorrhagie après la délivrance à laquelle l'inertie demeure étrangère et qui surviennent malgré le retrait normal de l'utérus.

Ces pertes sont alors provoquées :

1. Par l'insertion vicieuse du placenta sur les bords du col ; il y a eu des pertes pendant le travail ; l'utérus, débarrassé du produit de la conception, revient assez rapidement sur lui-même dans sa partie supérieure, mais la partie inférieure est plus lente à se rétracter. Ce fait est normal, quelle que soit le lieu d'implantation du délivre. Mais pourquoi y a-t-il encore hémorrhagie lorsqu'il s'est inséré dans le segment inférieur? C'est que les vaisseaux restent plus longtemps ouverts. Une autre considération anatomique explique la persistance de l'hémorrhagie dans ce cas ; les sinus utérins sont en ce point dépourvus de fibres annulaires, véritables sphincters providentiels qui, dans les parties supérieures de l'organe, oblitèrent rapidement les sinus restés béants, après le décollement du délivre, et préviennent ainsi l'hémorrhagie.

2. Le renversement de l'utérus, causé le plus souvent par une délivrance trop hâtive ; des tractions imprudentes sur le cordon avant le décollement et avec inertie utérine.

3. L'albuminurie prolongée ; le sang a perdu ses principes coagulants (Blot).

4. Les hémorrhagies qui ont précédé la délivrance font perdre au sang ses qualités plastiques, et provoquent le retour du même danger.

5. L'hémophilie, ou diathèse hémorrhagique ; plus rare chez la femme que chez l'homme, cette altération du sang congénitale est peu commune en France. On l'a surtout observée en Allemagne et dans l'Amérique du Nord.

6. L'adhérence partielle du placenta ; le sang peut s'écouler au niveau de la partie décollée.

7. Enfin, la rétention des caillots, de débris de membranes du placenta.

L'importance des hémorrhagies après l'accouchement est grande ; leur pronostic est sérieux. Aussi la nécessité d'une prompte et intelligente intervention s'impose au praticien. Graves surtout par leur intensité, en quelques instants la vie peut être compromise. Ici, surtout, le sang-froid ne doit jamais abandonner l'accoucheur. En cette occurrence, devant le sang qui coule à flots pressés, au milieu d'une famille justement alarmée, on n'a que trop de motifs pour perdre la tête. On peut dire que de toutes les hémorrhagies, celles qui suivent l'accouchement sont les plus graves.

Exceptons-en toutefois celles qui proviennent de l'insertion du placenta sur le col. Si les précédentes sont redoutables par leur abondance, ces dernières le sont par leur répétition, par le double danger qui pèse sur deux existences, et par les manœuvres dangereuses que nécessite leur traitement.

Si la perte est interne, le danger n'est pas moindre. L'utérus distendu remonte jusqu'à l'ombilic et au-delà, et augmente le volume de l'abdomen.

Sa capacité considérable lui permet de receler une suffisante quantité de sang pour rendre la mort inévitable. Cela est facile à comprendre lorsqu'on songe que l'utérus peut acquérir 30 centimètres de hauteur. Les phénomènes généraux mettent alors sur la voie, la face pâlit, la femme se plaint d'éblouissements, de bourdonnements d'oreilles ; elle a froid aux extrémités inférieures, le pouls s'affaiblit, et si l'intervention n'est pas rapide, elle s'éteint dans une syncope mortelle. Terminaison aussi effrayante par sa rapidité que par le calme trompeur avec lequel s'accomplissent ses dernières péripéties. Aussi ne doit-on jamais perdre de vue la nouvelle accouchée pendant les instants que l'on passe auprès d'elle après la couche.

Les autres accidents qui compliquent la délivrance sont :

Les adhérences du placenta ;

La rupture du cordon ;

La rétraction du col ;

L'excès de volume du placenta ;

L'inertie avant son décollement;

L'enchâtonnement.

On ne confondra pas l'inertie de l'utérus avec l'adhérence du placenta. Le placenta n'est pas tombé sur le col après un quart-d'heure ou une demi-heure. Si le fond de l'utérus est mou, c'est l'inertie qui l'empêche de se décoller; si l'utérus est dur, c'est qu'il y a adhérence.

Mais le placenta est tombé sur l'orifice, on tire sur le cordon, rien ne vient; de deux choses l'une, ou il est trop volumineux, ou le col est retracté spasmodiquement; si ce dernier n'est pas resserré, c'est à la première hypothèse qu'il faudra revenir. Le placenta n'a quelquefois qu'un volume normal, mais les caillots emprisonnés dans ses membranes augmentent sa masse. Dans les cas de rétraction spasmodique du col après la couche, c'est toujours l'orifice interne qui en est le siége; on sent alors la portion inférieure du col, molle, presque flottante dans le vagin et offrant la forme d'un entonnoir à base inférieure. Quant aux adhérences, nous en avons déjà parlé en signalant leurs causes probables ou présumées.

L'enchâtonnement est encore en litige; les uns l'admettent, les autres en repoussent la possibilité.

A l'exemple de Peu, Baudelocque, Levret, etc., M. Pajot admet l'enkystement, le véritable enchâtonnement du placenta, dans une sorte d'arrière-boutique ménagée dans l'utérus. M. Depaul, au contraire, tout en admettant un peu plus sa fréquence, se range à l'avis de Simpson, et ne croit qu'au resserrement spasmodique du col, qui transforme ainsi le délivre en une sorte de sablier (Jacquemier). C'est le Hourglass des Anglais. Joulin, Cazeaux, croient à une contraction partielle des parois utérines.

Le traitement est le même que dans la rétention du délivre par la rétraction spasmodique du col. Introduire la main, dilater le châton de vive force et entraîner le délivre.

Traitement (1). Parmi les nombreux moyens proposés contre les hémorrhagies, nous ne décrirons que ceux qui sont essentiellement utiles.

1er *Cas*. La délivrance n'est pas faite; l'utérus est mou, le placenta tombé sur le col; la perte est de moyenne intensité. Que faire?

Enlever les oreillers, coucher la femme la tête basse, le siége élevé, découvrir les parties inférieures du corps, donner de l'air à la chambre, délivrer, par des tractions modérées sur le cordon, et donner 1 gramme d'ergot de seigle dans une petite quantité d'eau froide. Nouvelle dose d'ergot de seigle, 0,50 cent., dix minutes après, alors même que la perte aurait cessé. Frictions sur l'abdomen.

En thèse générale, chez toutes les multipares, après l'extraction du délivre, alors même qu'elles ne perdent point de sang, donner 0,50 d'ergot de seigle.

2e *Cas*. Mêmes circonstances, mais perte grave. Mêmes moyens, mais délivrance artificielle. On vide la vessie; on place la femme sur le bord du lit, comme pour l'application du spéculum. On graisse rapidement la face dorsale de la main et tout l'avant-bras; on met la main gauche sur le fond de l'utérus, et l'on introduit sa main en cône dans la vulve, le vagin et l'utérus lui-même, en suivant l'axe de l'excavation. On côtoie avec la main la face fœtale du placenta; on arrive sur sa face utérine, et l'on ramène caillots, membranes et délivre à travers les voies déjà parcourues.

L'introduction de la main irrite déjà l'utérus, le réveille de sa torpeur, et le seigle vient bientôt corroborer et compléter ses efforts. Cela fait, on continue les frictions, ou plutôt la compression de l'utérus avec les mains, à travers la paroi abdominale, on le pétrit, on l'exprime et la perte cesse. Si un léger suintement persiste, on peut appliquer sur la partie supérieure et interne des cuisses, des compresses froides après les avoir étreintes jusqu'à la dernière goutte, et les renouveler de cinq en cinq minutes. Le froid ne sera applicable qu'autant que la femme ne sera point profondément anémiée par une perte considérable. On aura toujours soin de serrer le ventre de la femme avec une serviette dès que ces divers moyens auront réussi.

3me *Cas*. La délivrance opérée artificiellement, l'utérus rétracté pendant la manœuvre, se relâche aussitôt la sortie de la main, le seigle n'a pas encore eu le temps d'agir. Que faire? La compression de l'aorte. Toujours exempte de difficultés après la couche, elle est d'un précieux secours. Admise par presque tous les auteurs, Jacquemier la répudie; c'est, dit-il, la compression de la veine cave qui est alors utile, puisque le sang provient des sinus veineux. Mais, qu'importe l'erreur, si le succès couronne l'œuvre. Il est d'ailleurs impossible d'isoler ces deux vaisseaux sous la main qui les presse. Mais, a-t-on dit, le sang revient par les artères ovariques. Leur calibre est trop insignifiant pour s'arrêter à cette idée. M. Depaul n'est point partisan de la compression de l'aorte

(1) Voir à propos des hémorrhagies utérines et de leur traitement, le résumé d'une leçon déjà ancienne de M. Bailly dans un précédent no du *Concours* et une lettre très-intéressante du Dr Chassagny (de Lyon). *Concours médical* no 27, 2e année.

et invoque les mêmes motifs que Jacquemier. Sans doute, ce moyen serait dangereux s'il était longtemps prolongé, mais son action temporaire favorisera la coagulation du sang et donnera au seigle ergoté le temps d'agir.

4me *Cas*. Hémorrhagie interne. Un seul précepte : vider l'utérus, rendre la perte externe, et donner de l'ergot concurremment avec les autres moyens déjà connus.

Si, après la perte, la femme est demeurée exsangue, en proie à des syncopes répétées, et menaçantes, on donnera les alcooliques à doses minimes, mais souvent répétées, la chaleur, des lavements froids de bouillon et de vin.

Toutes les pertes qui surviennent quelque temps après la délivrance seront traitées par le repos, et l'ergot de seigle à doses moins élevées.

Le tampon sera proscrit dans tous les cas. On en comprend facilement le danger.

Dans les cas d'adhérence du placenta, on a conseillé de faire d'abord des injections d'eau froide dans la veine ombilicale. Si cela ne suffit pas, après une expectation de vingt-quatre à trente-six heures, à moins de perte, on ira avec la main détruire les adhérences sans violence, toutefois, en commençant par la partie décollée, s'il en existe. Si les difficultés sont trop grandes, on enlèvera tout ce qu'on pourra, et on confiera l'expulsion du reste à la nature en surveillant les accidents.

Dans les cas d'inertie utérine sans décollement du placenta, frictionner l'abdomen, et attendre son décollement avant de tirer sur le cordon.

La rétraction spasmodique du col ne dure pas longtemps en général, et sera aisément vaincue par l'introduction graduelle des doigts. L'éponge préparée pourrait être employée, si la main ne suffisait point.

La syncope est un accident qui survient fréquemment après l'évacuation de la matrice. La gêne de la circulation dans les parties inférieures diminuant brusquement, le sang se précipite dans les voies devenues libres, et le cerveau s'en trouve un instant dépourvu. La position horizontale suffit pour rétablir l'équilibre. La syncope est aussi la conséquence naturelle d'une hémorrhagie grave, et Cazeaux attribue avec raison à la compression de l'aorte une efficacité non douteuse contre cet accident, puisqu'on retient ainsi le sang dans les parties supérieures du corps.

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

(*Suite*).

Quantité. La quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures varie considérablement dans les divers états morbides.

Les urines sont nulles, ou excrétées en quantité insignifiante, dans le choléra ; elles sont encore notablement diminuées dans les cas de diarrhée, de flux intestinal intense. C'est que, comme dans les cas de sueurs profuses, l'équlibre est détruit dans le fonctionnement des divers émonctoires et que la compensation est rétablie par l'hypercrinie intestinale.

Les maladies qui entravent le travail de la nutrition se traduisent également par la diminution des urines. Les maladies du foie, les affections organiques du cœur à leur dernière période, l'hydropisie, l'anasarque, même les affections qui s'accompagnent d'altération des centres nerveux, rentrent dans cette catégorie ; la phthisie seule peut-être fait exception.

On peut voir, alors, l'urine descendre au dessous de 200 grammes.

Vers la fin des maladies aiguës ou chroniques, le volume de l'urine subit le même phénomène de diminution, soit qu'il y ait trouble dans l'activité nerveuse générale, soit que le mouvement d'assimilation et de désassimilation s'affaiblisse beaucoup. Les affections chroniques, où la quantité d'urine est un symptôme fâcheux, n'échappent pas à cette loi : polyurie, diabète.

Enfin, dans les maladies aiguës, les urines diminuent encore sensiblement et cette diminution atteint son maximum dans l'état fébrile ; elles augmentent pendant la défervescence et quand la convalescence s'établit. Enfin, on les voit souvent diminuer ou augmenter graduellement, suivant que la maladie marche vers une issue fâcheuse ou favorable.

Il ne faut pas oublier que parfois des causes mécaniques peuvent intervenir, sinon dans la production, du moins dans l'expulsion de l'urine : calcul, rétrécissement uréthral, hypertrophie, prostatite, ou bien atonie des fibres vésicales.

On voit, au contraire, l'urine augmenter dans l'albuminurie chronique, où elle peut dépasser quatre litres ; dans la glycosurie et la polyurie simple ; dans certaines névroses non fébriles, telles que l'hystérie et l'épilepsie ; dans la période de réaction du choléra, etc...

Enfin, signalons les variations qui, dans une même maladie, peuvent se montrer sous l'influence de telle ou telle médication, la médication diurétique par exemple.

L'évaluation de la quantité des urines émises est en général facile. Dans les hôpitaux on se sert de bocaux gradués, mais dans la pratique civile et surtout dans les campagnes, on ne peut songer à ce moyen; il suffira de faire conserver la totalité du liquide rendu dans les vingt-quatre heures et de le mesurer à l'aide d'un vase dont la capacité soit connue à l'avance.

Comme il faut tenir compte des habitudes propres à chaque malade, il sera bon, souvent, d'établir une moyenne, sur laquelle les variations seront calculées : nous savons tous par exemple qu'un buveur de bière peut arriver à rendre quatre ou cinq fois la quantité regardée comme normale. La quantité du liquide absorbé devra donc toujours entrer en ligne de compte, quel que soit le sens où les modifications se produisent.

Il sera bon peut-être encore de rapporter les divers nombres au poids du kilogramme du sujet expérimenté.

Densité. — Les modifications fournies par ce signe physique, si elles étaient seules consiérées, auraient peu d'importance; mais jointes aux autres modifications que nous avons précédemment étudiées, elles peuvent rendre au praticien les plus grands services.

Nous avons vu comment la détermination de la densité d'une urine pouvait conduire à l'évaluation approximative de la quantité des principes dissous qu'elle renferme. Il suffit de multiplier les deux derniers chiffres du degré obtenu avec trois décimales, par un coefficient que Bouchardat évalue à 2,1; Gautier à 2,2 et Christison 2,3; mais que dans la pratique on peut réduire à 2.

Une fois la proportion par litre obtenue, il suffit de multiplier par la quantité totale d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures pour obtenir le total des principes fixes rendus.

Mais comment l'évaluation de cette densité peut-elle s'obtenir ?

1o *Par la méthode des pesées.* — On pèse une quantité connue d'urine, un litre par exemple, après avoir taré soigneusement le vase qui la renferme, et l'on divise le chiffre obtenu par mille.

Soit par exemple : un litre d'urine pesant 1034 grammes, la densité sera 1,034.

Inutile de dire qu'on peut opérer sur une quantité moindre et diviser le résultat obtenu par le poids du volume d'eau distillée correspondant, mais le résultat sera plus rigoureux quand on opérera sur des quantités notables.

2o *Au moyen de l'uromètre.* — L'uromètre n'est qu'un densimètre centésimal ordinaire dont il est inutile de faire la description. Plongé dans l'eau pure, il s'enfonce jusqu'au trait 100; dans une urine, il s'enfonce d'autant moins que la densité est plus grande.

Pour se servir de l'uromètre, on emplit de l'urine à examiner, une éprouvette de dimensions convenables, en versant de telle sorte qu'il ne reste à la surface du liquide aucune trace de mousse; puis on plonge doucement l'appareil et par une légère pression du doigt on s'assure qu'il ne peut plus enfoncer : on lit alors sur la tige graduée le degré qui représente la densité au point d'affleurement.

Cette graduation est faite pour la température de quinze degrés centigrades, température moyenne à laquelle on examine l'urine le plus souvent; mais les variations thermiques de l'atmosphère, l'émission récente du liquide, etc., font que parfois la densité doit être prise à une température plus ou moins élevée que la moyenne. Il faut alors faire au résultat obtenu comme précédemment quelques corrections.

Bouchardat, à la suite d'une étude approfondie de la question, a dressé les tables suivantes, qu'il sera toujours bon de consulter.

1o *Retrancher du résultat obtenu.*

Température	Urine non sucrée	Urine sucrée
0 degrés	0,9	1,3.
1 —	0,9	1,3.
2 —	0,9	1,3.
3 —	0,9	1,3.
4 —	0,9	1,3.
5 —	0,9	1,3.
6 —	0,8	1,2.
7 —	0,8	1,1.
8 —	0,7	1.
9 —	0,6	0,9.
10 —	0,5	0,8.
11 —	0,4	0,7.
12 —	0,3	0,6.
13 —	0,2	0,4.
14 —	0,1	0,2.
15 —	0,0	0,0.

2o *Ajouter au résultat obtenu.*

16 degrés	0,1	0,2.
17 —	0,2	0,4.
18 —	0,3	0,6.
19 —	0,5	0,8.
20 —	0,7	I.
21 —	0,9	1,2.
22 —	1,1	1,4.

23 —	1,3	1,6.
24 —	1,5	1,9.
25 —	1,7	2,2.
26 —	2	2,5.
27 —	2,3	2,8.
28 —	2,5	3,1.
29 —	2,7	3,4.
30 —	3	3,7.
31 —	3,3	4.
32 —	3,6	4,3.
33 —	3,9	4,7.
34 —	4,2	5,1.
35 —	4,6	5,5.

Les températures seront prises à l'aide d'un bon thermomètre à mercure.

Les chiffres à retrancher ou à ajouter, portent sur les décimales; ainsi, par exemple, une urine non sucrée, examinée à la température de 28° et donnant à l'uromètre 1,032, verra sa densité établie à 1,032 + 2,5 = 1,0345. La même densité 1,032 à 30° donnerait 1,032 + 3 = 1,035, etc.

Il est inutile d'insister sur la commodité qu'offre la détermination de la densité d'une urine, pour l'évaluation de la quantité des matériaux dissous; lorsqu'une ou plusieurs analyses auront indiqué le sens dans lequel ces modifications peuvent s'effectuer, il suffira généralement de consulter la densité, pour apprécier la marche de l'affection.

C'est surtout dans le diabète, que cet examen s'impose, qu'il s'agisse de glycosurie ou d'albuminurie; arrêtons-nous donc un instant sur cette affection.

Dans la glycosurie, la densité de l'urine est généralement augmentée. Sans doute, le sucre peut se rencontrer dans des urines peu denses; mais le fait est exceptionnel et la pratique courante peut le négliger. Lors donc qu'une analyse attentive aura permis de constater la présence du sucre dans l'urine et d'évaluer la quantité journellement excrétée, les variations de la densité (rapprochées d'ailleurs de la quantité) permettront de suivre la marche de l'affection et dispenseront de répéter trop fréquemment une analyse quantitative toujours longue et minutieuse.

Dans l'albuminurie aiguë la densité est augmentée grâce à la diminution de la quantité; mais ce n'est pas, non plus que dans le cas de glycosurie passagère, le cas de recourir à l'uromètre; c'est dans l'albuminurie chronique, dans le diabète albumineux que cet instrument rendra des services réels.

La densité est alors considérablement diminuée, par suite de la disparition de l'urée et des sels divers dont le présence est normale dans l'urine, et l'on peut dire, dans une certaine mesure, que la quantité d'albumine est d'autant plus grande que la densité est plus faible : Les variations de densité constitueront donc un moyen aussi rapide que commode d'appréciation.

Disons d'ailleurs que l'analyse chimique ne devra jamais être négligée et que ses indications corrigeront ce que l'examen précédent pourrait avoir d'insuffisant comme rigueur; ce sera seulement un moyen permettant à la fois au médecin d'espacer les analyses et de se rendre compte journellement des points qui peuvent l'intéresser.

Faut-il maintenant parler de la *consistance*, de l'*odeur*, de la *saveur* des urines pathologiques?

Dans la glycosurie les urines pourront devenir poisseuses.

Dans l'albuminurie elles resteront généralement mousseuses.

La consistance augmentera encore, lorsque l'urine contiendra des savons, tels que les *résinates de soude*, comme dans l'ictère, ou après l'ingestion des résines et des baumes.

Cette consistance, nulle dans les cas de polyurie simple, sera très-grande au contraire, si l'urine est purulente et si, par fermentation, l'urée s'est transformée en carbonate d'ammoniaque, comme dans certains cas de cystite. L'urine se présente alors sous la forme d'une masse gélatiniforme et filante, adhérant aux parois du vase qui la contient.

L'odeur est spéciale dans une foule de cas, mais ce caractère *sui generis* ne peut se décrire : On ne peut que signaler l'odeur épouvantable des affections cancéreuses de la vessie et l'odeur ammoniacale qui accompagne la fermentation spéciale que nous avons décrite.

La saveur, qui normalement est salée, peut devenir acide quand l'acidité de l'urine est augmentée : ce caractère n'est jamais bien tranché.

La saveur alcaline se rencontre lors de la fermentation ammoniacale, ou encore s'il y a prédominance du phosphate basique de soude, ou des carbonates alcalins.

La saveur sucrée est la seule qui offre quelque intérêt : elle se trouve plus ou moins prononcée dans la glycosurie.

Pour être complet, signalons la saveur alcoolique de l'urine de certains ivrognes.

Telles sont les indications que peuvent fournir au clinicien les *caractères physiques* des urines : On voit qu'elles sont nombreuses et souvent précises, pour qui prend soin de rapprocher entre elles ces diverses modifications.

Elles peuvent, dans nombre de cas, être suffisantes; le plus souvent elles montreront le sens dans lequel doivent s'effectuer les recherches ultérieures.

Enfin, dans ces longues maladies chroniques où l'urine a besoin d'être fréquemment consultée, elles nous éviteront des manipulations toujours longues et minutieuses et nous permettront d'économiser un temps précieux.

A suivre. Dr G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Monsieur le Directeur,

Je viens protester contre un article de loi sur le service militaire relatif aux 28 jours et aux 13 jours. Il est dit dans la loi qui nous régit: sont exemptés les docteurs en médecine, les élèves des arts et manufactures, les élèves des écoles des mines, etc, etc. Pourquoi cet article ne comprend-il pas les officiers de santé? Croyez-vous qu'un officier de santé qui fait de 5 à 8.000 fr. de médecine dans un rayon de 4 à 6 kilom. ne serait pas chez lui mille fois plus utile à la patrie qu'au régiment? En obéissant à la loi, il laisse là trois à quatre mille clients qui peuvent avoir besoin de lui d'un moment à l'autre. Ces clients il les perdra s'il a un confrère, dans la même localité, et 28 jours suffiront pour anéantir une clientèle qu'il aura mis plusieurs années à former. S'il est seul, pendant un mois, la localité où il se trouve sera sans médecin, il faudra payer une somme trois ou quatre fois plus élevée pour avoir le docteur le plus rapproché. Et puis l'État ne leur doit-il pas quelque chose à ces médecins de campagne qui bien souvent perdent un 1/4 de leurs honoraires, sinon plus, parce qu'ils ont affaire à des gens pauvres et presque insolvables. Ne serait-ce pas leur rendre justice, que de les dispenser d'assister à des exercices et à des manœuvres qu'ils connaissent déjà et dont ils n'auront que faire, puisque, en cas de guerre, ils seraient versés de droit dans le corps des infirmiers, avantage qu'on se garde bien de leur accorder en temps de paix, sous prétexte que leur changement entraîne à sa suite *nombre de démarches et d'écritures*. Je parle ici en connaissance de cause, me trouvant dans l'une des classes qui vont faire 28 jours en septembre prochain. Je ne puis pas dire que je pars sans regrets, car sans vous parler des intérêts d'argent, je laisse chez moi bien souffrante une personne qui m'est chère. J'ai fait mon volontariat avant de faire ma médecine; aussi je puis dire que je connais assez bien la manœuvre et le maniement du fusil et ce n'est pas 28 jours de présence au corps qui m'apprendront grand'chose. J'ai demandé, il y a un mois, que l'on me versât dans le corps des infirmiers et cela devant un conseil de réforme, auquel j'ai fait constater la présence d'un corps étranger dans mon articulation du genou gauche. Voici ce que l'on m'a répondu: « Nous ne vous exemptons point; au mois de septembre nous verrons s'il y a lieu de le faire, pour votre demande de changement de corps, impossible d'y faire droit; car il faut *aller jusqu'au ministère de la guerre* (sic), et faire quantité de démarches; c'est à n'en plus finir. » Ces paroles sont du président du conseil de réforme. Je dois ici rendre justice au chirurgien qui a fait son possible pour me faire exempter; à toutes ses raisons, on n'a pas daigné répondre. L'intendant et le commandant de recrutement sont mieux écoutés que lui-même dans les questions médicales.

Pardonnez-moi la liberté que je prends de vous écrire si longuement et veuillez agréer, etc. Dr B., à T.
Membre participant.

Quelques jours après nous avons appris que notre confrère avait été incorporé.

Nous nous sommes assuré que si notre confrère avait fait sa déclaration un certain temps avant d'être incorporé, il eût été fait droit à sa demande d'exemption.

A l'heure actuelle, il ne lui reste plus qu'à s'adresser au colonel de son régiment qui, sans aucun doute fera droit à sa juste demande.

II

Monsieur le directeur,

Les médecins qui demandent au gouvernement, les uns de reconnaître comme institution d'utilité publique, la grande association des médecins de France; les autres, d'accorder des pensions et des bourses dans les lycées aux veuves et aux orphelins des confrères qui succombent dans l'exercice de leur fonction, ressemblent, à mon avis, au coq de la fable qui demande à échanger une perle fine pour un grain de mil.

Pensent-ils que le gouvernement, en échange de la faveur qu'ils lui demandent, ne leur prendra pas une parcelle de liberté? Du même coup, ils deviendraient *fonctionnaires*, et la médecine cesserait d'être une profession libérale. Je sais bien que nous ne nous conduirions ni avec plus de zèle ni avec plus de dévouement; mais combien serait amoindrie la considération qui rayonne autour de ceux d'entre nous qui savent se tenir correctement!.. Quand un des nôtres succomberait à la peine, on ne dirait plus : *Il s'est dévoué.* On dirait : Il a fait son devoir de fonctionnaire. Entre le sacrifice spontané et celui que commande la position, ou si vous voulez, semble commander la position; je trouve une différence considérable.

Les pétitionnaires n'ont pas l'air de se douter que les gros appointements ne vont guère sans des assujettissements qui leur sont proportionnels. Si les déboires qui les accompagnent pouvaient s'estimer en numéraire, on constaterait que le chiffre du traitement est inférieur, dans bien des cas, à celui des déboires que cause la fonction.

S'il était permis à un médecin de province d'émettre un avis, je dirais :

Ne demandons à l'Etat qu'une chose, c'est de ne pas s'occuper de nous, et de nous laisser faire nos affaires nous-mêmes. Dr Grandclément.

III

LES ASSURANCES SUR LA VIE
A la New-York

La publicité faite par le *Concours Médical* à la Compagnie la New-York; la mise en lumière des

avantages qui sont offerts à l'assuré avec la sécurité la plus absolue; *l'extension de ses affaires*, ont excité une certaine émotion, même en dehors de nos rangs, et dans le monde des assurances sur la vie.

Cela se conçoit aisément, lorsqu'on sait que nous avons fait parvenir notre premier *exposé* à tous les médecins de France, dont le cercle de relations est si étendu.

De là, est résulté l'envoi, aux médecins d'un grand nombre de brochures, fonds de magasin des dix dernières années : Les *assurances dangereuses; Ce que valent le système et les garanties de la New-York; la New-York et sa police d'accumulation; les Compagnies étrangères d'assurances sur la vie, devant la loi française; les séductions de la New-York, etc.*

Quand nos confrères les liront, ou que les agents d'assurances leur en développeront les arguments, nous les prions simplement de réclamer de la New-York, les brochures en réponse et ils seront pleinement édifiés.

Une Compagnie qui possède plus de deux cent millions réalisés n'est pas exposée à disparaître, comme une de ces sociétés qui pullulent en Europe, aussi bien qu'en Amérique. Si le partage des fonds avait lieu demain, par parts égales, il reviendrait à chacun des quarante-trois mille assurés ou rentiers de la New-York quarante-cinq mille francs environ. Quelles catastrophes faudrait-il rêver, pour qu'une Compagnie d'assurances, qui a mérité par un demi-siècle de sage administration de se voir confier des centaines de millions, pût s'évanouir du jour au lendemain. Le passé est le plus sûr garant de l'avenir. On ne dépouille pas aisément des millions d'intéressés qui ont les yeux ouverts. Le *Concours Médical*, lorsque les intérêts des siens seront considérables, ne faillira pas à la tâche de les surveiller. Certainement la Compagnie ne verra que volontiers s'exercer ce contrôle si légitime.

Nous terminons ces quelques mots par un *exemple* des avantages que nos confrères, pères de famille, peuvent retirer d'une assurance à la New-York :

Exemple : Un père, âgé d'environ trente-cinq ans, veut assurer à sa petite fille, âgée d'un an, une dot de 10,000 francs à son vingt-et-unième anniversaire. Comme il préfère avec raison placer l'assurance sur sa propre tête, au lieu de la placer sur la tête de l'enfant, il souscrit pour le montant en question une assurance mixte de vingt ans, avec accumulation de bénéfices pendant une période égale. La prime annuelle de 497 fr. 90 cent. qu'il devra acquitter à cet effet, est plus forte, à vrai dire, qu'elle ne le serait pour un contrat de capital différé, mais aussi combien les résultats sont meilleurs! Si le père meurt avant l'échéance fixée, la prime cesse d'être due, le capital de 10,000 francs est immédiatement payé, et peut être employé à assurer à l'enfant, pour l'époque de sa majorité, une somme bien plus considérable encore. Si l'enfant meurt, les primes versées ne seront pas perdues, le père n'a simplement qu'à désigner un autre bénéficiaire et l'assurance suit son cours. Enfin, si le père vit à l'expiration des vingt ans, il touchera non-seulement le montant de sa police, soit 10,000 francs, mais encore sa part des bénéfices accumulés, c'est-à-dire une somme probable de 11,200 francs.

Il aurait fallu placer ses versements à presque 7 p. 0/0 pour arriver au bout de vingt ans à un résultat égal.

Cette combinaison est de beaucoup préférable à celle qui consiste dans le versement pendant vingt ans d'une prime annuelle moins élevée (il faut verser pendant vingt ans 318 francs pour assurer 10,000 francs à vingt-et-un ans à un enfant âgé d'un an, en versant 371 francs, les primes sont restituées en cas de décès de l'enfant). Car si le père vient à mourir, la continuation des versements se trouve entravée et apporte au lieu d'un secours, une aggravation des charges de la famille.

(Voir la chronique des Assurances, à la troisième page des annonces).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Des injections de pilocarpine comme moyen de faire repousser les cheveux

Nos lecteurs connaissent déjà cette propriété merveilleuse de la pilocarpine, le Dr Ciaramelli confirme le fait dans le *Spallanzani*, que M. le Dr Gallez, de Châtelet, traduit pour le *Journal des Sciences médicales de Louvain*.

Nous trouvons cette observation dans l'ouvrage du Dr Ciaramelli : *Contribution à la thérapeutique clinique*, dont le premier fascicule vient de paraître. L'auteur y préconise beaucoup les injections hypodermiques : morphine, iodure de sodium, nitrate de pilocarpine, sublimé corrosif, quinine : donne les indications, les doses, le mode opératoire et apporte à l'appui des faits cliniques fort intéressants. C'est ainsi qu'il a voulu se proposer de contrôler l'assertion de Schmitz à propos de la vertu régénératrice du système pileux du cuir chevelu attribuée à la pilocarpine.

Le sujet pris pour champ expérimental fut un certain Ferdinand Provetto, affligé de paralysie saturnine et qui, depuis plusieurs annnées, était complètement chauve, du front au vertex, et d'une bosse pariétale à l'autre. Du 19 février au 19 avril de cette année, on pratiqua au bras des injections, chacune de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine dissout dans un gramme d'eau. On observa chaque fois les effets physiologiques ordinaires du jaborandi, et avant que le malade eût quitté l'hôpital (en juin), la paralysie était guérie et on pouvait remarquer sur toute l'étendue de la partie dénudée du crâne un duvet assez épais. Deux mois plus tard le sujet s'étant représenté à l'hôpital, il fut constaté en présence de nombreux élèves qui tous connaissaient Provetto avant et après les expériences en question, que le duvet s'était transformé en une touffe épaisse de cheveux.

Que quelques autres faits, tout aussi bien établis que celui-ci, viennent confirmer la vertu merveilleuse de la pilocarpine et toutes les têtes se *recouvriront* avec respect devant la puissance de la science.

Une nouvelle méthode de traitement du choléra infantile

Communication préliminaire.

Par le Dr Boing (de Urdingen-sur-le-Rhin. (1)

La gravité extrême de la maladie dont il s'agit, et les résultats sincèrement donnés du traitement préconisé par le docteur Boing, nous engagent à donner une traction littérale de cette communication.

Toutefois, nous devons faire remarquer, au préalable, que le traitement du choléra (des adultes, il est vrai) par le sulfate de quinine n'est pas absolument nouveau : on trouve, en effet, dans le no 120 (13 octobre 1866) de la *Gazette des Hôpitaux*, une très-intéressante communication sur ce sujet par le docteur Barth, de Bouley (petite ville près de Metz, que les Allemands appellent aujourd'hui, nous ne savons pourquoi, Bolchen).

Notre honoré confrère a administré ainsi jusqu'à 8 grammes de sulfate de quinine en deux heures, par lavements de 2 grammes répétés de demi-heure en demi-heure.

Ceci dit, voici la communication de M. le docteur Boing :

« Comme le moment approche de nouveau où la maladie dite choléra des enfants expédiera des victimes innombrables, que mainte ville présente déjà une forte élévation de la courbe de mortalité pour cette maladie, je prends la liberté d'appeler l'attention sur une méthode de traitement par laquelle j'ai réussi, dans l'épidémie qui a sévi ici en 1879, à guérir facilement et rapidement tous les cas, même les plus graves. Cette méthode repose principalement sur l'emploi de fortes doses de quinine à doses fractionnées, sur la réduction de l'alimentation au lait coupé d'eau par moitié (l'un et l'autre ayant été préalablement bouillis), et sur l'administration de grandes quantités de vin et même d'éther. Le nombre des enfants traités par moi s'est élevé à environ cinquante, leur âge varie entre 2 mois et 4 ans ; les enfants plus âgés et les adultes ne sont pas compris dans ce nombre. Parmi les enfants au-dessous d'un an, les uns étaient nourris exclusivement au sein, les autres étaient soumis à l'alimentation artificielle soit exclusive soit mixte. Les moindres doses de quinine ont été, pour les plus jeunes enfants, de un gramme en 24 heures, dose qui était fractionnée soit de 1/2 en 1/2 heure, soit d'heure en heure; pour les enfants de 5 à 10 mois 1 gr. 20 à 1 gr. 50; de 10 mois à 4 ans, 1,50 à 2 grammes. Quand les déjections ou les vomissements étaient fortement acides, j'y ajoutais avec avantage de la coquille préparée (2) ou du phosphate de chaux, aussi longtemps que la réaction de l'urine restait acide ; quand la réaction de l'urine devenait alcaline, ces substances paraissaient, au contraire, augmenter les vomissements et il fallait en cesser l'emploi. Comme véhicule j'employais le suivant: Formule : Mucilage de gomme arabique, sirop de camomille et eau distillée ãã PE. Le vin était administré par cuillerées à thé ou à bouche de 1/4 en 1/4 d'heure, de 1/2 en 1/2 heure, ou d'heure en heure (pour les plus petits enfants je le faisais couper par moitié d'eau bouillie).

Je citerai pour exemple une petite fille de 3 ans, moribonde, qui prit ainsi 1/2 litre de vin de Tokay en 15 heures. Quant à ce qui est de l'emploi du lait, qui est l'objet d'une interdiction presque générale, je n'ai été dans aucun cas obligé d'y renoncer. Même quand, ainsi que les médicaments et le vin, il était rejeté dans les premières heures de son administration, il ne tardait point, en continuant le traitement à être conservé par l'estomac, et cela sans qu'il en résultât des évacuations alvines plus abondantes. Dans la pratique des pauvres, je remplaçais communément le vin par une mixture contenant 5 grammes d'éther acétique, ou 15 grammes d'esprit d'éther acétique. Je donnais la préférence à l'éther acétique sur l'éther sulfurique à cause de son odeur et de sa saveur bien plus agréables. — Les enfants ne faisaient jamais de difficulté pour prendre la mixture, et jamais non plus je n'ai observé de symptômes d'intoxication. — Relativement à l'emploi du lait, je dois encore faire observer qu'ici j'avais toujours à ma disposition du lait frais, de bonne qualité, provenant de vaches dont le genre d'alimentation m'était connu; que dans les grandes villes où l'on ne peut, en général, pas se procurer de lait non sophistiqué, son emploi ne soit pas praticable, c'est ce que je ne prétends pas contredire; en pareil cas il résulte de ma pratique antérieure que son meilleur équivalent consiste dans une solution de blanc d'œuf de poule additionnée d'un peu de mucilage de gomme à peu près selon la formule suivante : Formule : Blanc d'œuf no 1, eau distillée 170, mucilage de gomme arabique 30 grammes ; tenir chaud au bain-marie, et faire prendre par plusieurs cuillerées à la fois toutes les 1/2 heures ou toutes les heures ; plus tard on pourra y ajouter du sucre en petite quantité. Quant à tous les succédanés du lait, qu'ils soient ou non approuvés par des médecins, je dois expressément mettre en garde contre eux.

Ce traitement je l'ai mis en usage d'une manière suivie; chez quelques enfants qui ne pouvaient plus avaler spontanément, j'ai été obligé de pratiquer coup sur coup à peu d'intervalle plusieurs injections hypodermiques d'éther acétique; dans ce cas j'administrais aussi du vin de

(1) Traduit du *Allgemeine medicinische Central-zeitung*, de Berlin, no 51, du 26 juin 1880.

(2) La pharmacopée germanique contient la préparation suivante, que je transcris textuellement : Conchæ præparatæ (coquilles d'huîtres préparées). Conchæ aqua communi decoquantur, scopis setaceis à quisquillis mundatæ et bene ablutæ siccentur, tum pulveratæ lævigentur.

Sit pulvis albus, subtilissimus. Cum acido hydrochlorico affuso effervescat, et solutio inde effecta ammonio caustico præcipitum exiguum præbeat. (Note de la traduction).

Tokay par cuillerée à thé ou à bouche, en employant l'artifice suivant : avec la cuillère pleine introduite profondément dans la bouche, je commençais par déprimer la base de la langue et alors je vidais dans le gosier le contenu de la cuillère; je réussissais ainsi en peu de temps à rendre de nouveau la déglutition possible.

Dans aucun cas, je n'ai fait usage d'autres moyens ni des astringents, ni des opiacés, ni du froid, ni des révulsifs cutanés; j'ai également laissé complètement de côté et l'acide phénique et la créosote, et leurs analogues, ainsi que le calomel; pour ce dernier je dois, d'après ma pratique antérieure comme d'après celle d'autres médecins, le déclarer tout bonnement un moyen dangereux tout aussi bien que l'opium et que le froid.

Je n'ai point observé de cas dans lesquels les vomissements d'abord, la diarrhée ensuite aient résisté à ce traitement; s'il venait à s'en présenter, je n'hésiterais point à donner en lavement une dose double de sulfate de quinine, ou bien à en administrer une dose correspondante en injections hypodermiques, tout en apaisant la soif ardente de l'enfant en lui faisant boire de l'eau bouillie additionnée de 3 0/0 d'acide salicylique.

La raison pour laquelle j'ai abandonné la méthode de traitement « rationnelle », c'est précisément que ses résultats sont intolérables : une mortalité de 50 à 80 et même à 90 0/0 du nombre des malades est une telle énormité et en même temps une démonstration tellement imposante de l'absolue impuissance de la médication employée jusqu'ici, que même le plus orthodoxe ne peut faire autrement que de devenir pensif, et de préférer renoncer à toute action thérapeutique que de continuer à s'assujettir servilement à la méthode de traitement dite rationnelle.

Je me propose de publier ultérieurement un tableau détaillé de l'épidémie observée par moi, envisagée principalement au point de vue de l'étiologie ; pour le moment je me borne à recommander instamment à mes confrères d'essayer le traitement que je viens d'exposer. »

(Trib. méd.)

Teinture purgative. — M. Ferrand publie la formule d'une préparation purgative qui remédie à certains inconvénients de la forme pilulaire habituellement employée. En effet, l'administration des purgatifs drastiques sous forme pilulaire occasionne parfois des malaises ou des accidents qui inquiètent le malade et le médecin. Dans ces conditions, toute la matière active se portant sur un point limité, peut y produire une irritation locale, à la façon d'un révulsif ou d'un caustique. On évite ces inconvénients quand on peut administrer le médicament divisé dans un récipient neutre assez volumineux ou dissous dans un liquide approprié. C'est à ce titre que nous transcrivons la formule d'une teinture recommandée par le docteur Hobel pour l'emploi de la podophylline.

Podophylline	0,10 centigr.
Alcool rectifié.............	60 grammes.
Essence de gingembre.......	2 gouttes,

à prendre par cuillerée à thé dans un verre d'eau, le soir au moment du coucher, ou tous les deux ou trois jours, suivant le besoin.

L'auteur affirme que ce mode d'emploi de la podophylline offre une sécurité qu'on ne trouve pas toujours dans la forme pilulaire. (*France médicale*).

Emploi thérapeutique de l'iodoforme. — D'après le docteur Lindemann le baume du Pérou masque complètement l'odeur de l'iodoforme; deux parties de ce baume neutralisent parfaitement une partie d'iodoforme. Les meilleurs véhicules sont l'axonge, la glycérine et surtout la vaseline. Voici une formule que recommande l'auteur :

Iodoforme..................	1 partie.
Baume du Pérou...........	3 parties.
Vaseline	8 parties.

Il prescrit encore souvent la suivante :

Iodoforme.................	1 partie.
Baume du Pérou...........	3 parties.
Alcool, glycérine ou collodium.	12 parties.

On mélange d'abord bien exactement l'iodoforme et le baume du Pérou, puis on ajoute les autres ingrédients. (*Journal de médecine belge*)

VARIÉTÉS

Nous n'avons pas voulu, et pour cause, parler à nos lecteurs du cas du docteur Tanner. Ils conviendront que le récit suivant de la *Nouvelle Revue* est bien plus surprenant.

L'Indien a certainement la figure la plus extraordinaire qui soit entre toutes les variétés de l'espèce humaine; j'entends l'Indien des Indes-Orientales.

Ses jongleries sont célèbres dans le monde entier. Nul peuple ne donne au même degré que lui l'illusion de l'extraordinaire et de l'invraisemblable. Il étonne les sens et l'esprit par de véritables prodiges d'adresse. Est-ce seulement de l'adresse?

Qui ne connaît l'histoire de ce fakir qui se fit enterrer selon toutes les formules de l'ensevelissement usité dans le pays : les yeux, les oreilles, la bouche et les narines hermétiquement fermés par des bandelettes de toile, les bras attachés au corps, les jambes liées; sur qui la pierre du caveau funèbre fut scellée; qu'une sentinelle veilla nuit et jour; que la foule ne cessa de visiter, afin de bien s'assurer qu'une fraude ne pouvait être commise; qui demeura trente jours dans cet état et qui, lorsque suivant la convention, le

tombeau fut solennellement ouvert devant les témoins de toute sorte convoqués pour l'épreuve, revint à la vie après certaines opérations indispensables?

La multitude cria au miracle. Il y avait bien de quoi! Les maîtres de l'Inde, les Anglais, se montrèrent plus sceptiques que la foule. Ils savaient les tours de force en ce genre dont est capable cette race singulière, qu'ils dominent depuis le temps de Clive et de Warren Hastings. Ils la voient à l'œuvre dans les diverses manifestations de sa vie, dans toutes les conditions, à tous les degrés de la fortune et de l'intelligence; ils trouvent en elle un continuel sujet de surprise et d'inquiétude; ils la surveillent; mais ils ne peuvent pénétrer ses secrets. La jonglerie du fakir est restée inexpliquée pour tout le monde.

Sur la mort, comme sur la souffrance, l'Indien est un être parfaitement blasé, et je ne parle pas seulement du moral, mais encore du physique. Nulle sensibilité! ni pitié, ni tressaillement; même indifférence dans le cœur et dans la chair!

Chez les Ghonds, peuplade tributaire du Gange, les sacrifices humains résistent à tous les efforts de la civilisation. Et quels sacrifices? « L'usage chez les Ghonds, écrit un Anglais, est positivement de disséquer la victime toute vivante, de lui enlever un à un les muscles des membres, de la face et de l'abdomen, de manière que les viscères, intacts et mis à nu, exposent longtemps aux regards leurs épouvantables convulsions. »

Lors de l'expédition anglo-française en Chine, dans un des nombreux engagements qui eurent lieu, les Chinois prirent la fuite dès le premier coup de fusil, mais si prompts qu'ils eussent été à se sauver, quelques-uns, dans le nombre, étaient tombés sous la décharge, ceux-ci morts, ceux-là blessés. On enterra les uns, on porta les autres à l'ambulance et le chirurgien commença son terrible office. Un Chinois avait le genou brisé; l'amputation fut reconnue nécessaire; il y fut procédé tout de suite. Le patient la supporta sans un cri, sans une plainte, sans que rien sur son visage trahît la souffrance. Lorsque la jambe blessée fut coupée, il tendit l'autre qui était saine et parut attendre. On ne comprenait pas ce qu'il voulait. On l'interrogea. Il répondit qu'il présentait l'autre jambe pour qu'on l'amputât aussi. On lui demanda pourquoi. Il dit qu'il croyait qu'on lui infligeait le supplice réservé aux vaincus. Pas un mot de plus.

CORRESPONDANCE

— Dr B., à C. (Lot), 6 août.
Vous adressez à l'administration une machine électrique à faire réparer. Vous concevrez aisément qu'il lui est impossible de se charger de semblables affaires qui ne sont en aucune façon de sa compétence. Il est si simple de s'adresser toujours directement aux fournisseurs et, dans votre cas, à la maison Chardin et Player.

— Dr G., à D. (Nièvre).
Le Dr C. de M. (Aveyron), a été informé des conditions auxquelles vous lui offrez le journal *le Temps*, en seconde main et a dû vous écrire.

— Dr L., 610, 8 septembre.
« *Mon concours n'a pas encore été bien actif; mais habitant désormais un plus grand centre de population, il le deviendra sous tous les rapports. Je veux contribuer à l'avenir qui est réservé au* Concours Médical. » On a pris note de votre changement de résidence.

— Dr N., à O. (Vaucluse), 9 septembre.
Vous êtes inscrit. Tous vos actes de concours nous seront agréables et particulièrement vos appréciations sur les questions de l'organisation du service de santé de l'armée.

— Dr P., à F. (Ardennes).
Vous auriez dû écrire directement à M. Carmier, chef du bureau de Paris de la Compagnie le Phénix, ainsi qu'il est dit à la quatrième page d'annonces, pour votre assurance incendie. Pour l'abonnement en question, il vous suffit d'adresser un mandat au nom de l'administration du *Concours*. On vous fera l'abonnement. Écrivez à la New-York pour votre assurance-vie.

— Dr A., à S. (Aisne), 12 septembre.
Vous êtes inscrit.

— Dr P., à St-X. (Charente-Inférieure), 10 septembre.
Nous ne sommes pas fixés sur le point que vous signalez comme acquis. Nous n'aurons de renseignements précis que prochainement et les communiquerons.

— Dr L., à R., S.-M. (Oise).
Avec empressement, de la part de notre ami B.

— Dr L., à St-F. (Yonne).
Inscrit MM. M. et B. et dans les conditions que vous désirez.

— Dr R., 832.
Vous dites : « *Permettez-moi de vous soumettre le cas qui m'arrive, il pourra servir à nos confrères.*

Je suis appelé auprès d'un voiturier victime d'un accident de voiture. Je trouve à son chevet la femme de son patron, qui me dit de prendre soin de lui et qu'elle répondait des frais.

Ceux-ci se montent à une somme de 200 et quelques francs.

Personne ne venant me remercier, j'envoie ma note au patron du blessé, en lui disant comment sa femme avait répondu des frais.

Ce dernier déclare ne rien devoir, arguant que sa femme ne pouvait rien faire sans le consulter.

L'affaire étant portée devant le juge de paix (en conciliation), le juge de paix semble soutenir le mari, disant que ce dernier n'est pas responsable de ce que sa femme a pu dire.

Soyez assez bon, je vous prie, pour me faire savoir ce que je suis en droit de faire en pareille occurrence. Je vous en serai très-obligé.

En attendant votre réponse. Agréez, etc.

Réponse :

La femme n'a nulle qualité pour prendre un engagement quelconque au nom du mari.

Celui-ci peut — légalement — se retrancher dans cette situation et refuser de reconnaître l'engagement pris par sa femme.

La promesse de celle-ci ne saurait former qu'un engagement d'honneur, non opposable en justice.

Il n'y a de recours que contre le blessé, qui peut exercer le sien contre son patron.

— Dr T., à M.-D. (Puy-de-Dôme), 13 septembre.
Fait l'envoi indiqué. La New-York vous adressera les renseignements réclamés. Prière de nous prévenir du jour de votre visite.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 39 25 septembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie le Dr Maurel, frappé des bons résultats obtenus dans le traitement de l'emphysème, et de la coqueluche compliquée de bronchite, par les inhalations d'oxygène, appelle l'attention du corps médical sur leur emploi dans le croup.

La plus grande partie de la séance a été occupée par M. Bouley, qui a institué une série d'expériences, afin de vérifier les assertions de M. Toussaint. On se rappelle que cet habile expérimentateur a rendu des moutons réfractaires à l'action du virus charbonneux en leur inoculant un liquide que l'auteur considère comme un véritable vaccin.

Il est fort probable qu'une discussion s'ouvrira sur ce sujet que nous ne pouvons analyser utilement qu'avec le Bulletin.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE

(Suite)

Complications du délire des persécutions.

Quoique partiel, le délire des persécutions est parfois accompagné de conceptions délirantes qui peuvent coexister avec lui. Ce sont surtout les préoccupations hypochondriaques, les craintes d'empoisonnement et les idées de grandeur.

Préoccupations hypochondriaques. L'hypochondriaque a parfois des idées de persécution, mais il ne devient point aliéné tant qu'il ne donne pas aux sensations qu'il éprouve, une apparence improbable, une explication surnaturelle ; et tant qu'il raisonne avec justesse sur les choses les plus ordinaires de la vie ; tant qu'il ne se croit pas poursuivi par des odeurs malsaines ou empestées ; tant qu'il ne tombe pas dans ce *tædium vitæ* qui appelle le suicide et tant qu'il ne se sera pas cru perdu, ruiné, déshonoré, empoisonné. Mais une fois qu'aux préoccupations nosomaniaques, sont venus se joindre le découragement mélancolique, les idées de persécution, les craintes d'empoisonnement, les idées de suicide et les projets de vengeance, tout devient possible et l'hypochondrie apporte dans ce cas un appoint très-grave, désolant et terrible, au délire des persécutions. Il n'est pire persécuté que l'hypochondriaque persécuté. Malheur à son médecin (1) !

Craintes d'empoisonnement. Les craintes d'empoisonnement rendent la vie du persécuté intolérable. « A partir du moment où le malade a des doutes sur la qualité de ses aliments et sur la manière dont ils sont préparés, il n'y a plus pour lui ni repos, ni trêve. Préoccupé sans cesse de la question de savoir s'il peut manger des plats qu'on lui sert ; épiant dans la cuisine les moindres actes de la préparation des mets ; examinant avec une sollicitude inquiète, le beurre, la graisse, le lait, la farine, le sel ou le vinaigre ; allant puiser l'eau lui-même à la fontaine ; se méfiant du vin qui se trouve dans sa cave, et allant en acheter au détail, ne prenant d'un aliment qu'après qu'une autre personne en a déjà mangé ; refusant tout ce qu'on

(1) Voir le *Concours Médical*, n° 26, 26 juin 1880.

lui sert et ne prenant que ce qu'on ne lui a pas présenté ; se rendant au marché et allant faire ses emplettes ; n'achetant pas les mêmes denrées autant que possible et changeant sans cesse de fournisseurs ; ayant des soupçons « sur les ingrédients que le boulanger a mis dans son pain, » il en arrive à s'enfermer dans sa cuisine, à faire cuire ses aliments et à les consommer sur place. D'autres fois, il renonce à manger chez lui et ira de restaurant en restaurant, dans les quartiers où il supposera n'être point connu. Qu'il souffre un jour de l'estomac, qu'il ait des coliques, un vomissement ou de la diarrhée, et il ne doutera pas plus : on l'a empoisonné. »

Alors il invectivera, menacera, fera des procès, fera analyser ses aliments. Enfin bourrelé de soucis, à bout d'émotions, il finit par céder la place aux empoisonneurs, et par abandonner, tout anxieux, son pays, son foyer, sa famille. Il fuit, prend pension n'importe où, et commence cette vie cosmopolite et agitée qui finira un jour ou l'autre par un crime sur autrui ou sur lui-même.

« Selon qu'on l'empoisonne dans ses aliments ou ses boissons, ce qui est le cas le plus fréquent, ou selon qu'on l'empoisonne par des odeurs malsaines, des « gaz asphyxiants, des miasmes putréfiés, des effluves toxiques, des poudres invisibles, des vapeurs pestilentielles ou des atmosphères chimiques impondérables, » il ne reste jamais à court d'explications et se montre souvent très-ingénieux pour parer aux effets funestes des manœuvres attentatoires qu'il subit. Il démontre invariablement, par exemple, que les corps gazeux pénètrent par le plafond, par le parquet, par dessous la porte ou par le trou de la serrure, et c'est ce qui explique pourquoi il bouche si hermétiquement toutes les issues, alors que cependant il couche la fenêtre ouverte. »

Labouche, l'assassin de l'hôtelier du *Grand Monarque* à Melun, qui s'est suicidé dans mon service à Bicêtre, couchait la fenêtre ouverte en plein mois de décembre.

« Rien ne peut exactement dépeindre la vie misérable que traine le persécuté qui craint d'être empoisonné. Il prend tous les travestissements et use de tous les expédients pour se procurer des aliments salubres. En somme, il se nourrit très-incomplétement et dépérit d'une manière notable. La soif surtout s'impose à lui, et l'eau de la fontaine publique ou d'une source en pleine campagne lui inspire seule quelque confiance.

« Dans les établissements d'aliénés, on est souvent obligé de recourir à l'alimentation forcée, c'est-à-dire, à l'emploi de la sonde œsophagienne. Dans ces dernières années, se trouvait dans mon service à Bicêtre, un persécuté hypochondriaque et halluciné, qui ne quittait jamais son lit, et qui, tous les deux ou trois mois environ, refusait obstinément tous les aliments, sous prétexte qu'on y avait mélangé des poisons. On lui passait la sonde œsophagienne quatre, cinq ou six jours consécutifs, et il n'opposait en général aucune résistance. Au bout de ce temps il mangeait. »

Idées de grandeur. Les idées de grandeur viennent quelquefois se juxtaposer au délire des persécutions. Cette opinion pourra paraître étonnante dans un délire systématisé, mais les faits existent. C'est donc, à tort, que l'on croyait autrefois que ces idées de grandeur étaient pathognomoniques de la paralysie générale. Cependant il y a là un imprévu qui serait véritablement extraordinaire si, par la force du raisonnement, la logique nécessaire des choses et la coordination systématique du délire, l'on n'arrivait pas assez aisément à saisir l'enchaînement obligé de tant de conceptions en apparence contradictoires et accumulées les unes sur les autres.

En voici le mécanisme.

« Le persécuté est d'ordinaire un halluciné de l'ouïe. Les hallucinations de l'ouïe n'éveillent d'ordinaire ni l'idée de la satisfaction, ni celle du plaisir ; elles n'apportent ni paroles rassurantes, ni compliments flatteurs, ni révélations joyeuses ; elles intimident, elles menacent, elles terrorisent, elles arment la main du malade. Le persécuté souffre, et, en face de la persistance de ses douleurs, il s'analyse et remarque que quelqu'un pénètre dans sa vie et qu'une véritable intervention étrangère domine ou partage son existence. Mais alors comment un phénomène semblable s'est-il opéré? par un agent mystérieux, puissant, surnaturel. Le thème morbide est tout trouvé, et le roman pathologique se dramatise.

« Après avoir enduré tant d'hostilités de la part d'ennemis aussi implacables, après avoir subi tant d'interventions dues à la magie ou à l'électro-magnétisme, le persécuté se recueille parfois et se dit : Comment en plein dix-neuvième siècle des faits semblables peuvent-ils se produire? il faut qu'il y ait là-dessous une volonté énergique, celle d'un haut personnage probablement, celle de tel prince ou de tel roi peut-être, il a fallu, en effet, une autorité véritable pour que telle chose ait lieu ; or, cette autorité véritable n'est entre les mains que des millionnaires, des ministres ou des empereurs ; donc, celui qui a ordonné ou accompli telle chose est un grand seigneur ou un personnage très-marquant.

« Un autre persécuté se dira : On me tend tous les jours des pièges, mais je les évite ; je suis exposé à des coalitions formidables, mais je fais bonne contenance ; on en veut à ma vie et je résiste. Donc, quelqu'un veille sur moi et me protége, donc, ce quelqu'un est tout-puissant, donc, c'est le chef de l'État.

« Voilà dès lors tout un ordre nouveau d'idées qui vient imprimer une autre direction aux conceptions délirantes et aux hallucinations. Le persécuté devient intarissable sur le compte des ministres, des familles régnantes et de la cour pontificale ; il méconnait le caractère réel des personnes qui l'entourent ; et il affirme que Napoléon vient de lui transmettre un important message, etc. »

D'autres persécutés raisonnent ainsi : « Il faut un personnel bien considérable pour causer tant d'hostilités ; partout où je vais, je suis connu, signalé ; çà doit coûter très-cher ; qui donc peut disposer d'un pareil personnel. Il cherche, puis il se dit : Je dois être un personnage bien important ; pour qu'on s'acharne ainsi après moi, homme ignoré, obscur ou placé dans un milieu modeste. Le contraste entre les bourreaux et la victime est frappant ! Au fait, qui suis-je ? Peut-être bien, suis-je un être moins effacé qu'on ne croit, plus important qu'on ne le suppose, plus redoutable qu'on ne se l'imagine. Il y a plus ; peut-il en être autrement ? Non, on m'abreuve, en effet, d'humiliations haineuses, et l'on dirige contre moi les attentats les plus ténébreux ; donc, on a intérêt à le faire. Ceux qui ont cet intérêt sont millionnaires, ducs, princes ou empereurs ; donc, l'intérêt que ces personnages ont à me nuire est des plus considérables. Mais alors, je porte ombrage à quelqu'un, et ce quelqu'un a dû nécessairement me voler mon nom, mon titre, ma fortune, mon rang, ma couronne. Je ne suis donc pas l'homme humble sous le *déguisement* duquel j'ai vécu jusqu'aujourd'hui ; j'ai été mystérieusement écarté, iniquement dépouillé ; ce nom que j'ai porté n'est pas le mien, ces gens qui me tenaient lieu de parents ne sont point de ma famille ; je suis le petit-fils de Louis XVII ou le fils de Napoléon II, je suis le duc d'Orléans ou je m'appelle Don Carlos. »

« Si le persécuté n'a pas eu dans l'espèce, un acte de naissance bien régulier, s'il a eu à souffrir d'une situation indécise, d'une parenté non avouée ou d'une éducation mystérieuse, si son orgueil a été torturé ou si sa fortune a été lésée, de quels éléments fâcheux son délire ne s'accroîtra-t-il pas ? Avec quelles apparences de vraisemblance n'entretiendra-t-il pas tout le monde de sa fortune imaginaire, de sa naissance illustre ? »

Parmi les persécutés, il y a, en effet, beaucoup d'enfants naturels. On supporte mal cette fausse position, elle déteint sur la vie, les allures. C'est une tache qu'il faut dévoiler pour se marier, s'établir. Quand tous les jours j'interroge ces malades, je recherche ce point et je les vois se troubler. J'avais signalé ce fait à l'attention de mes collègues et il s'est vérifié. Labouche, dont il a été question plus haut, était un enfant naturel.

« Voilà comment le persécuté a d'abord pour point de départ une simple aventure romanesque, et comment d'enchaînement en enchaînement, de systématisation en systématisation, il en est arrivé à ses affirmations de substitution d'enfant ou de dilapidation de fortune, à son profond mépris pour son père, sa mère, ses frères et ses sœurs, à ses aspirations grandioses et à sa dangereuse appétence d'or, de blason, de puissance et de gloire ! »

Certains mêmes réclament un nom, une fortune qu'ils considèrent comme leur droit. Ils intentent des actions en justice, constituent des fausses pièces qui en imposent. J'ai été consulté plusieurs fois dans des cas semblables, il s'agissait toujours de persécutés chroniques. L'avocat ne voulait pas croire au diagnostic, mais à la barre la mystification était vite reconnue. Généralement on répond par le silence, à ces citations en justice, car ce sont des affaires toujours perdues. Qu'on ne l'oublie pas, les persécutés de bonne foi sont généralement des enfants naturels.

(*A suivre*).

REVUE GÉNÉRALE

Les saignées dans la pleurésie.

Dans les notes qui accompagnent la traduction du *Traité des maladies de poitrine* de Walter Walsche, M. Fonssagrives se plaint avec raison que les émissions sanguines ne jouent plus, dans la pleurésie, le rôle qui doit leur revenir légitimement ; M. le professeur Péter, de son côté, dans ses belles leçons cliniques a insisté sur ce point.

Le traitement de la pleurésie, depuis la vulgarisation de la thoracentèse, a généralement consisté dans une expectation qu'on est en droit d'appeler imprudente. Il semble qu'il suffisait d'attendre la formation d'un épanchement complet pour légitimer l'opération rendue si inoffensive, grâce aux appareils de Dieulafoy et de Potin. Tout au plus, dit M. Vinay (*thèse d'agrégation*, 1880), administrait-on quelques diurétiques,

ou appliquait-on quelques vésicatoires à des époques indéterminées et sans grande confiance dans leur efficacité. Aussi la production des épanchements allait-elle son train, dans la majorité des cas pour le moins.

Il suffit, dit M. Peter, de consulter la statistique mortuaire de la pleurésie, dans les hôpitaux de Paris, pour se convaincre de l'influence désastreuse de la thoracentèse dans les formes aiguës de cette maladie.

Si l'on consulte, au contraire, les grands cliniciens de notre siècle, on constate qu'entre leurs mains la pleurésie, traitée par la saignée, était beaucoup moins souvent mortelle.

Dans dix cas de pleurésie aiguë traités par les émissions sanguines (Andral, *Clinique médicale*) et les vésicatoires, la guérison eut lieu très-rapidement. Dans les trois premiers cas il n'y eut même pas d'épanchement et la maladie fut véritablement jugulée. Aussi, Andral se croit-il autorisé pleinement à dire que, quel que soit le peu d'intensité d'une pleurésie, il faut toujours l'attaquer dès son début par les émissions sanguines. C'est d'ailleurs, le seul moyen de prévenir les épanchements séreux et consécutivement les fausses membranes et les adhérences. Dans les sept autres cas dont il est question, malgré la présence d'un épanchement, la guérison ne s'en fit pas moins très-rapidement. Deux de ses malades n'eurent qu'une seule application de sangsues, les quatre autres furent seulement saignés. Andral croit devoir s'en tenir à ces quelques faits, quoiqu'il en ait observé beaucoup d'autres qui ne sont, suivant son expression, que l'exacte répétition des précédents.

Passons maintemant à la statistique de M. Bouillaud, elle n'est ni moins belle ni moins encourageante. Il a traité, du mois d'avril 1834 au mois de mars 1836, vingt-et-un individus atteints de pleurésie aiguë, soit simple, soit compliquée de péricardite ou d'endopéricardite, et un seul de ces malades a succombé.

Il supporta d'ailleurs fort bien les émissions sanguines et mourut de complications du côté du gros intestin. Au reste, la méthode des saignées coup sur coup répétées, ne fut jamais appliquée dans sa rigueur chez les pleurétiques, et, nous insistons sur ce point, il fut toujours fait un large emploi des sangsues, ainsi que des ventouses scarifiées.

Comme Andral, M. Bouillaud (Bouillaud, *Clinique médicale de la Charité*) observa souvent des phénomènes critiques qui, comme les sueurs profuses, sont d'un pronostic favorable dans la marche régulière des phlegmasies. Jamais il n'eût à redouter ces reliquats d'épanchements et ces fausses membranes organisées qui font le désespoir de la thérapeutique contemporaine. Aussi l'illustre Louis, qui saignait et ventousait ses pleurétiques, disait-il en pleine Académie, que la pleurésie n'entraine jamais ou presque jamais la mort. Chomel, le grand ennemi de la méthode physiologique, saignait aussi les pleurétiques ainsi que notre immortel Cruveilhier, que les leçons de l'anatomie pathologique qu'il avait en quelque sorte créée, n'empêchèrent jamais d'être un excellent thérapeutiste (Vinay).

Comme le fait observer fort judicieusement M. Peter, dans ses leçons cliniques, la plupart des médecins de province, qui faisaient alors leurs études à Paris, n'ont eu garde d'abandonner cette méthode en présence des nombreux succès qu'elle leur donne.

Il est évident d'ailleurs que les émissions sanguines doivent être employées avec précaution. Il faut les proportionner aux forces du sujet, à l'intensité de la phlegmasie.

M. Peter, dans son service hospitalier, en raison du mauvais état général si habituel chez ces malades, préfère les ventouses scarifiées à la saignée. Celle-ci doit être réservée pour les sujets robustes et pléthoriques chez lesquels on n'aura pas à craindre une trop grande dépression des forces.

M. Fonssagrives estime que la saignée fait, dans la circulation un vide qui favorise la résorption de l'épanchement, et que l'emploi des sangsues et des ventouses est préférable à la saignée lorsque l'épanchement est considérable et constitue par lui-même une spoliation séro-fibrineuse de la masse du sang.

M. Woillez (*Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*), insiste aussi sur les émissions sanguines dans la pleurésie. Lorsque la fièvre est prononcée au début, on doit avoir recours, selon lui, aux moyens préconisés contre les inflammations. C'est à tort, dit-il, que la saignée a été abandonnée quand on voit l'amélioration incontestable qui résulte de son emploi ainsi que de celui des émissions sanguines locales dans certaines pleurésies.

Après avoir été prônée outre mesure sous l'impulsion des idées de Broussais, la saignée tend peu à peu à reprendre sa place dans la thérapeutique des affections inflammatoires. Le titre même de la thèse récente de M. Vinay (*Des émissions sanguines dans les maladies aiguës*) est une preuve de la réaction qui s'opère peu à peu dans les ten-

dances de la génération médicale actuelle. On ne peut que s'en féliciter. Il y a un moyen terme entre l'opinion de Broussais et de ses élèves et celle qu'exprimait, d'une façon si saisissante, Monneret lorsqu'il écrivait : « Il fut bien hardi le premier qui osa tirer du sang d'un de ses semblables ; » et les paroles de M. Fonssagrives expriment admirablement les idées qui tendent à prévaloir sur cette question :

M. Fonssagrives écrivait en 1875 (*Principes de thérapeutique générale*) : « Les vicissitudes séculaires de la médecine nous ont appris qu'un moyen qui est demeuré si longtemps dans la pratique ne peut en sortir définitivement sans injustice; qu'il n'y est resté que parce qu'il avait du bon ; qu'il n'a disparu que parce que l'exagération s'en est emparée, et qu'il n'attend qu'une occasion pour reparaître.....

«.....Je désire que l'exagération, également préjudiciable, de l'abus et de l'abstention, épargne la génération médicale qui s'élève. »

Nous ne raconterons pas ces exagérations, elles expliquent cependant à merveille la réaction de l'école contraire. A une certaine époque, Riolan estimait qu'un malade pouvait perdre impunément la moitié de son sang. Botal réitérait les saignées d'une effrayante façon, et chaque jour on tirait sur ses indications deux à trois litres de sang. « Plus on tire l'eau d'un puits, disait-il, plus la nouvelle qui sourd est pure, et plus un enfant suce le sein de sa nourrice, plus aussi le lait de cette dernière devient abondant. » Guy-Patin faisait saigner treize fois en quinze jours un enfant de sept ans atteint d'une pleurésie. Bordeu, au dix-huitième siècle, pratiqua, en quelques jours, onze saignées du bras et cinq saignées du pied, chez une jeune fille atteinte... d'un abcès à la fesse.

Du temps de Broussais, on raconte que, dans les consultations des hôpitaux de Paris, il se présentait tant d'adeptes de la saignée que les élèves du service étaient réduits, pour aller plus vite, à faire asseoir les patients rangés en cercle autour d'une grande bassine.

De nos jours, il n'est pas rare de rencontrer un service d'hôpital où une seule saignée n'est peut-être pas pratiquée dans le cours d'une année.

M is, ainsi que nous venons de le voir, à la réaction a fait place un éclectisme fort sage, et en s'appuyant, d'une part, sur les effets physiologiques des émissions sanguines, et d'autre part sur les indications des maladies, on arrive à des conclusions scientifiques.

De toutes les phlegmasies, la pleurésie est une de celles où les émissions sanguines employées judicieusement ont le plus de chances d'enrayer la maladie. Dr P.

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

(*Suite*).

IV. Analyse des urines.

C'est l'analyse chimique qui fournira au médecin les indications les plus précises, et il lui arrivera rarement de pouvoir s'en passer, s'il s'agit d'affections se traduisant dans l'urine par des modifications de composition importantes.

Tantôt, en effet, il rencontrera en excès les principes dont l'existence est normale: eau, urée, acide urique, sels terreux, etc.; tantôt, au contraire, il observera la présence de substances étrangères à l'urine normale.

Ces substances, à leur tour, pourront provenir de la double décomposition de substances normales (phosphate ammoniaco-magnésien) ou du dédoublement de ces mêmes substances (carbonate d'ammoniaque, etc.).

Mais elles pourront être aussi tout à fait étrangères, comme l'albumine, le sucre, les résines, etc.

L'analyse chimique doit donc être faite avec le plus grand soin, et nous ne saurions trop recommander au médecin d'y procéder d'une manière complète, sans idée préconçue et avec la *possibilité d'une erreur* toujours présente à l'esprit.

Il est des précautions qu'on qualifiera peut-être de puériles à première vue, mais dont l'importance sera reconnue quelque jour : c'est cette dernière considération qui nous détermine à les mentionner dans cette revue.

Voici une urine à analyser, comment faut-il procéder ?

L'urine est trouble ou limpide, et ce premier caractère modifie tout d'abord notre façon d'agir. — Quoi qu'il en soit, notons sa réaction, et divisons-la en plusieurs parts.

Si l'urine est trouble, filtrons une de ces parts, et mettons de côté les substances qui restent sur le filtre pour les examiner ultérieurement.

Chauffons légèrement une autre part, si la réaction est acide, et voyons si le sédiment se dissout par l'élévation de température : c'est le moyen de ramener l'urine aux conditions normales et de rendre plus facile l'expérimentation.

Que l'urine soit restée limpide ou que le sédiment ait été dissout, il convient alors de prendre

sa densité, en ayant soin d'effectuer les corrections que nous avons antérieurement signalées.

Puis on la soumet à l'action de la chaleur et des divers réactifs chimiques.

Il faut d'abord porter l'urine à l'ébullition et noter les changements physiques qu'elle peut présenter: elle peut se troubler, ou bien dégager une odeur particulière, etc., et chacune de ces modifications fera l'objet d'un examen spécial; c'est ainsi que le coagulum donné par l'ébullition sera soumis à l'action de l'acide acétique (qui laisse intacte l'albumine et redissout les sels terreux).

L'absence de ces troubles, pas plus que la présence de l'albumine d'ailleurs, ne devra faire abandonner les autres recherches et il sera toujours bon de voir s'il n'existe pas de sucre. — A cet effet, le liquide additionné de potasse caustique sera traité par la liqueur de Barreswill. Si l'urine était albumineuse, il conviendrait préalablement de la débarrasser par filtration de l'albumine dont la présence pourrait empêcher de se produire la réduction caractéristique du sel de cuivre.

Une troisième part sera traitée par l'acide azotique. Si l'urine était trouble, il faudrait comme précédemment voir si le précipité se redissout par la chaleur. — Plusieurs phénomènes pourront alors se présenter.

L'acide, dans une urine trouble, pourra dissoudre le précipité; dans une urine limpide il pourra faire naître un précipité, ou bien enfin il provoquera simplement des changements de coloration. — Autant de caractères qui seront notés avec soin et qui détermineront la marche des investigations ultérieures.

Un précipité s'est montré, quel aspect présente-t-il? Reste-t-il en suspension dans le liquide, ou bien au contraire tombe-t-il au fond du vase? — Est-il soluble dans l'alcool?

Le précipité préexistant s'est dissout, cette dissolution a-t-elle été accompagnée d'un dégagement de gaz?

Il n'y a eu que changement de couleur, quelle est la couleur nouvelle? Est-elle fixe, ou bien au contraire change-t-elle?

On verra par la suite, quelle importance peuvent avoir tous ces signes.

Une quatrième part sera traitée par les alcalis, par la potasse, par l'ammoniaque, et ici encore les caractères positifs ou négatifs obtenus seront consignés, les produits nouveaux seront examinés et leur nature déterminée, etc., etc.

Sans aucun doute, il pourra arriver qu'une analyse aussi complète soit superflue et que, du premier coup, une quelconque des réactions suffise à faire la lumière dans l'esprit du clinicien. Nous lui en recommandons pas moins de *ne pas opérer immédiatement sur la totalité du liquide qu'il possède* et de faire des réserves pour d'autres recherches dont la nécessité ne lui apparaîtra souvent que plus tard. — De même, lorsque quelque doute, lorsque quelque phénomène inexpliqué l'arrêtera, nous l'engageons à procéder à l'analyse complète et à ne pas se contenter de ce qu'une première réaction lui aura pu apprendre.

Il est impossible ici d'entrer dans tous les cas particuliers; nous n'avons voulu qu'indiquer une marche générale et nous subordonnons aux résultats obtenus la nécessité de scruter plus ou moins avant le liquide en expérience.

Que, par exemple, on découvre dans l'urine de la résine biliaire, il importera peu d'en connaître les proportions exactes, et la seule *analyse qualitative* suffira; mais qu'il s'agisse du sucre, il n'en sera plus de même et force sera, de temps à autre, de connaître la quantité de la substance éliminée: il faudra donc *l'analyse quantitative.*

Ces principes généraux posés, entrons dans les descriptions particulières.

Il est un ordre fort séduisant dès l'abord, que nous avons été tenté pendant longtemps d'adopter: c'était de prendre un réactif et d'indiquer, suivant les divers états morbides, les modifications qu'il pouvait déterminer. C'était suivre les péripéties de l'expérimentation, c'était se placer absolument au point de vue clinique.

Malgré ces avantages incontestables, nous avons cru devoir y renoncer; nous craignions d'être obligés à des digressions trop longues et trop nombreuses et de fatiguer le lecteur par des chapitres d'une longueur démesurée.

Nous suivrons donc l'ordre habituel, prenant successivement chaque substance, indiquant ses réactions, la valeur de sa présence ou de son absence, de son augmentation ou de sa diminution, mais nous aurons soin, à la fin du chapitre, d'indiquer par quelques tableaux synoptiques la valeur des signes fournis par tel ou tel agent physique ou chimique.

Nous espérons concilier ainsi les exigences de la clinique et celles de la chimie avec la clarté d'exposition si nécessaire en un semblable sujet.

Substances contenues normalement dans l'urine, mais dont les proportions peuvent être modifiées.

EAU. — A peine avons-nous besoin de revenir sur la quantité d'eau contenue dans les urines; ce sujet a été traité véritablement dans le chapitre consacré aux modifications des signes phy-

siques, quantité et densité.

Bornons-nous à rappeler que la proportion d'eau est diminuée dans l'urine toutes les fois que les sueurs et que l'évaporation pulmonaire sont accrues, toutes les fois qu'il y a hypercrinie de la muqueuse digestive; que la proportion au contraire sera augmentée toutes les fois qu'il y aura polydipsie et qu'une grande quantité de liquide sera ingérée.

La détermination de la densité d'une part, l'évaporation à siccité d'autre part, permettront d'évaluer ces variations avec l'exactitude la plus scrupuleuse.

Urée. — L'urée CH^4Az^2O paraît être le résultat de la combustion des matières azotées de l'économie.

Sans faire son étude chimique, inutile dans ce travail, rappelons qu'elle constitue un des éléments constants de l'urine et qu'à l'état normal elle y existe dans la proportion de 16 à 30 pour 1000.

Un grand nombre de procédés ont été proposés pour le dosage de cette substance, nous nous bornerons à signaler comme le plus simple et le plus pratique celui qu'a proposé M. Musculus.

Il consiste à transformer très-rapidement l'urée en carbonate d'ammoniaque au moyen du ferment ammoniacal et à doser ensuite l'alcalinité de l'urine par une solution titrée d'acide chlorhydrique.

On se procure le ferment ammoniacal, par le procédé suivant : on filtre une urine ammoniacale, puis on lave le filtre à l'eau légèrement acidulée, on le découpe en lanières qu'on fait sécher à 35° et qu'on conserve dans un tube fermé.

Il suffit de plonger une de ces lanières dans une quantité d'urine connue et d'abandonner à une température moyenne pendant une douzaine d'heures. Au bout de ce temps la totalité de l'urée s'est transformée en carbonate d'ammoniaque.

$$C_4 H Az \quad O + H_2O = CO_2 \left| \begin{array}{l} Az\,H_3. \\ Az\,H_3. \end{array} \right.$$

On verse alors lentement et par petites quantités la solution titrée d'acide chlorhydrique en ayant soin, à chaque addition de liqueur acide, de s'assurer à l'aide d'un papier de tournesol sensible (violet bleu) que l'urine n'est pas encore devenue totalement acide.

De la quantité de liqueur employée on déduit par calcul la quantité d'urée.

Il est inutile d'insister : cette opération assez délicate demande une certaine habitude, et celui qui tentera de l'employer connaît certainement le mode d'opérer usité en pareil cas. De plus la recherche de l'urée, qui peut avoir une grande valeur scientifique dans d'autres cas, est rarement nécessaire dans la pratique quotidienne. Il suffit alors de constater, lorsqu'il existe, l'excès notable de cette substance, et le procédé employé, pour être brutal en quelque sorte, n'en rendra pas moins des services signalés.

L'urée se combine à l'acide azotique pour donner un nitrate d'urée CH^4Az^2O, $HAzO_3$, moins soluble dans l'eau que l'urée elle-même. En effet, si, dans une solution concentrée d'urée, on verse de l'acide azotique, on voit se précipiter au fond du vase de petits cristaux de nitrate d'urée.

Dans une urine normale, ce précipité ne peut s'obtenir, l'urée ne s'y trouvant pas en proportion assez considérable pour qu'après l'addition d'acide azotique il y ait saturation de la liqueur par l'azotate d'urée et, par conséquent, cristallisation de cette substance. Mais si, par une cause quelconque, la proportion d'urée augmente d'une façon notable, la saturation pourra se produire et avec elle la cristallisation.

Nous avons vu même que l'urine pouvait être saturée par l'urée, et que celle-ci pouvait se déposer sur les parois du vase ou à la surface du liquide en cristaux si ténus qu'on les a comparés à du givre. Il est évident que l'acide nitrique, dans ce cas, produira un abondant dépôt de nitrate d'urée.

Ces cristaux de nitrate d'urée sont solubles dans l'alcool ; ils rougissent fortement le tournesol et se décomposent vers 140° en dégageant une grande quantité de gaz.

L'urée étant un produit de combustion et de désassimilation, toute cause qui activera ces fonctions se manifestera nécessairement par l'augmentation de la proportion de l'urée dans les urines ; par exemple l'état fébrile, et les hautes températures coïncideront avec les maximums de l'élimination de l'urée : les tracés graphiques seront à peu près parallèles si ce n'est au moment de la convalescence où l'excès d'urée se maintient malgré la défervescence ; puis la décharge d'urée opérée, l'excrétion diminuera considérablement malgré l'alimentation pour remonter bientôt à l'état normal.

Ce fait, s'il constitue la règle générale, peut cependant subir des exceptions : lorsqu'il y a diarrhée, par exemple, une certaine quantité d'urée peut être éliminée par l'intestin et les urines n'en renfermer qu'une faible proportion ; il en est de même dans la fièvre typhoïde.

Un phénomène analogue se produit dans le cas de sueurs profuses, l'urée s'élliminant par les glandes sudoripares.

Enfin l'urée peut diminuer dans l'albuminurie fébrile et dans les affections des reins qui se traduisent par une diminution notable du volume des urines.

Dans les attaquas convulsives (tétanos, éclampsie, strychnisme) bien que la température s'élève, on voit encore diminuer la quantité d'urée c'est que l'hyperthermie résulte surtout de l'abolition de tout travail fonctionnel (1) et que la combustion des graisses participe beaucoup à sa production.

Dans les maladies chroniques, la diminution de l'urée peut être expliquée par la faible alimentation du malade, mais aussi par le ralentissement des actes d'assimilation et de désassimilation (cachexie, chlorose, anémie, hydropisie, affections organiques du cœur et du foie, scorbut, etc.).

Dans les maladies aiguës par contre, dans les fièvres inflammatoires et dans les pyrexies proprement dites, l'urée augmente considérablement. On peut même dire que le givre d'urée à la surface d'une urine est propre à la pneumonie et à la variole. — La pleuro-pneumonie, la bronchite, le rhumatisme, l'érysipèle et les fièvres éruptives présenteront le plus souvent des cristaux de nitrate d'urée, si l'on traite l'urine par l'acide azotique. Mais il est à remarquer que si la maladie prend un type typhoïde ou adynamique, l'urée diminue pour faire place à l'acide urique: c'est qu'alors le travail de combustion est entravé et que les fonctions de l'économie sont plus profondément troublées.

Signalons en terminant les modifications propres au diabète : dès le début de la maladie, l'excrétion de l'urée est considérablement augmentée, le malade se consume donc rapidement; plus tard le chiffre de l'urée s'abaisse, mais en restant toujours supérieur à la normale, sauf dans la dernière période de la maladie où il s'abaisse davantage. Le poids de l'urée se maintenant au-dessus de la normale et la diminution simultanée du glucose constitueront donc des symptômes favorables (2).

Sera-ce sortir de notre sujet que de s'arrêter un instant aux modifications déterminées par les divers médicaments?

L'*eau*, qui débarrasse l'économie des produits excrémentitiels par un véritable lavage est sans influence, sur l'excrétion de l'urée. Des *diurétiques*, les uns augmentent l'urée (ceux qui excitent la nutrition générale tels que le chlorure de sodium, les sels neutres, les essences, etc...), les autres la diminuent plutôt (ceux qui agissent directement sur le rein ou qui augmentent la tension artérielle tels que la digitale).

Les *ferrugineux* accroissent l'urée, probablement en stimulant la vitalité des globules sanguins. Le même effet suit l'ingestion des *reconstituants* et des *corroborants* (café, thé, coca).

Au contraire, les médicaments qui diminuent l'activité des combustions organiques et abaissent la température pour diminuer l'urée: *Alcool* à hautes doses, *arsenic*, *antimoine*, *phosphore*, *mercure*, *iode*, etc..., *aconitine*, *digitaline* surtout, même *sulfate de quinine*, bien que la diminution ne soit pas immédiate et que tout d'abord la forte proportion d'urée paraisse persister.

Acide urique. L'acide urique C5 H^4 Az^4 O^3 est, comme l'urée, un produit de désassimilation, mais à un degré d'oxydation moins avancé. Le premier stade serait constitué par la production de la *Xanthine*, C5 H^4 Az^4 O^2, le second par celle de l'acide urique, le troisième par celle de l'urée.

L'acide urique se rencontre dans les urines, mais en proportion très-faible; il est alors combiné à des bases alcalines sous forme d'urates plus ou moins solubles.

Cette solubilité de l'acide urique et des urates dans l'eau est faible, pourtant elle augmente avec l'élévation de la température, c'est ce qui explique comment une urine, claire lors de son émission, ne tarde pas à se troubler et à présenter une teinte opaque. Cette urine, dite *jumenteuse*, reprend sa limpidité première lorsqu'on la soumet à l'action de la chaleur, caractère qui dès l'abord fera reconnaître la nature du précipité.

L'acide urique peut encore se rencontrer à l'état libre dans l'urine, mais c'est un fait assez rare à l'état normal.

Pour doser l'acide urique, il suffit de traiter l'urine (1) par l'acide chlorhydrique qui, décomposant les urates, précipite l'acide urique; on pèse ensuite le précipité après l'avoir lavé avec de l'eau acidulée et séché avec soin. Comme l'urine et l'eau de lavage retiennent l'acide urique dans la proportion de 0,0045 à 0,0048 par cent centimè-

(1) On sait que la chaleur sensible du corps est loin de représenter la totalité du calorique produit par les combustions : le travail musculaire, le fonctionnement du cerveau et des nerfs et, en général, celui de tous les éléments anatomiques, absorbent une énorme proportion de ce calorique. — C'est là un fait expérimentalement établi et qui n'est plus contesté.

(2) La production considérable du sucre et les pertes énormes d'azote paraissent être deux phénomènes corrélatifs de la destruction des matières albuminoïdes. *La glycosurie n'est donc que l'un des symptômes de la dyscrasie à laquelle on a donné le nom de diabète*, et ne saurait à elle seule constituer autre chose.

(1) L'urine doit avoir été filtrée et débarrassée préalablement d'albumine par l'ébullition.

tres cubes, on corrige le résultat obtenu d'après ces chiffres.

Le plus souvent on se contente de traiter par l'acide azotique et d'évaluer approximativement l'abondance du précipité. S'il est peu considérable, il arrive, lorsqu'on a soin de verser lentement l'acide le long des parois du vase, que l'acide urique reste en suspension dans le liquide sous forme d'un diaphragme léger qu'avec beaucoup de justesse on a comparé à une hostie. S'il est plus abondant, il se précipite au fond du vase; souvent alors on voit des bulles de gaz apparaître : ce n'est pas, comme on l'a cru souvent, de l'acide carbonique, ce gaz est du protoxyde d'azote qui prend naissance par suite de la décomposition de l'acide azotique ; les matières protéiques empêchent le phénomène de se produire.

L'acide urique se reconnaît facilement à la réaction suivante : déposé sur un verre de montre et chauffé doucement après addition d'une goutte d'acide azotique, il laisse un résidu rouge qu'une goutte d'ammoniaque colore en pourpre (murexide).

L'acide urique et les urates ne précipitent que dans une urine à réaction acide. Si l'urine était alcaline, l'acide se combinerait aux alcalis pour former des sels neutres contenant deux atomes du métal alcalin, car il est bibasique. Ces sels sont beaucoup plus solubles que les urates acides dont nous avons parlé jusqu'ici et qui, de beaucoup, sont les plus fréquents. C'est sur cette propriété de l'acide urique qu'est basé le traitement de la diathèse urique par les alcalins et, en particulier, par les eaux minérales.

Les proportions d'acide urique sont variables dans l'état de santé : de 0 gr. 5, quantité normale, il peut s'élever à 0 gr. 9 sous l'influence d'une alimentation très-animale et même à 1 gr. et 1 gr. 5, si, à cette cause, s'ajoute l'inactivité, il tombera par contre à 0 gr. 30, grâce à une alimentation exclusivement végétale.

Mais les variations déterminées par l'hygiène sont peu étendues si on les compare à celles qu'on observe dans l'état de maladie.

D'une manière générale, on peut dire que si l'augmentation d'acide urique coïncide avec une augmentation ou tout au moins la proportion normale d'urée, il y a exagération de la dénutrition ; mais que, si l'acide urique vient à croître pendant que l'urée diminue, on doit voir là le signe d'une combustion imparfaite des éléments azotés.

C'est ainsi que dans la fièvre intermittente, la pleurésie, la pneumonie, le rhumatisme, les fièvres éruptives et inflammatoires, les deux substances se trouvent en proportion exagérée. Il n'est pas rare de voir, en traitant par l'acide azotique, se déposer des cristaux de nitrate d'urée au fond du vase en même temps que le diaphragme d'acide urique.

Dans les fièvres graves, fièvre typhoïde, typhus, la présence du diaphragme d'acide urique coïncidera avec un dépôt plus ou moins considérable d'albumine. Disons d'ailleurs que si la présence de ce dernier corps est plutôt un mauvais signe, celle de l'acide urique doit être regardée comme un symptôme favorable et que sa diminution brusque dénote presque toujours une recrudescence du mal.

Dans la diathèse urique, au moment des accès, ou si la maladie se complique et s'aggrave, on voit l'acide urique s'éliminer abondamment par les urines et se déposer sous forme d'un sable fin.

Dans les cachexies qui accompagnent les affections organiques du cœur, du foie ou du poumon, chez les emphysémateux, chez les leucocythémiques, l'acide urique augmente en même temps que l'urée diminue. Il n'est pas rare alors de voir se déposer dans l'urine refroidie un abondant précipité comparable parfois à de la brique pilée (cirrhose).

Dans les maladies chroniques, l'acide urique diminue sauf dans les cas d'exacerbation et la goutte elle-même ne fait pas exception.

Dans l'albuminurie, dans les affections rénales, dans le diabète, dans la polyurie même, l'acide urique diminue encore, et cela au point de paraître manquer absolument.

L'acide urique dans tous ces cas s'élimine soit à l'état libre, soit à l'état d'urates acides de soude, d'ammoniaque, de potasse ; nous reviendrons sur les caractères différentiels de ces divers corps lorsque nous aborderons l'étude des différents sédiments urinaires.

(*A suivre*). Dr G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les Sociétés de secours mutuels

Monsieur le directeur,

J'exerce dans un faubourg où fleurit dans toute sa splendeur (et je crains bien que ce ne soit un peu partout la même chose), l'institution des *Sociétés de secours mutuels*, cette plaie du corps médical. Sous des dénominations diverses, toutes les classes de la société s'érigent en associations pour nous exploiter; nous avons les sociétés des *Amis du travail*, d'*Union*, de *Bienfaisance*, de l'*Ordre* ; chaque corporation a la sienne : Sociétés des maçons, des cordonniers, des tailleurs, etc. ; nous avons encore les sociétés *Saint-*

Jacques, *Saint-Joseph*, *Saint-Jean-Baptiste*, etc., une pour chaque saint du calendrier ; de telle sorte, que les deux tiers au moins de la population, étant dans l'une ou l'autre de ces sociétés, nous sommes obligés, pour 5 à 6 francs par an et par chef de famille, de courir partout et vite, car les sociétaires sont toujours pressés d'user nos forces à toute heure du jour et de la nuit, à leur service, et de les revoir souvent, car ils craignent toujours de n'en avoir pas pour leur argent.

Le mal ne serait pas bien grand, s'il n'y avait dans ces sociétés que de véritables ouvriers. Mais des personnes aisées, des chefs d'atelier, des propriétaires, gens plus fortunés que nous pour la plupart, s'y glissent de plus en plus; ils nous rendent dupes ainsi de nos sentiments de bienveillance et de philanthropie à l'égard des classes ouvrières. Je n'exagère pas en disant que, dans les sociétés de secours mutuels, il y a au moins un sixième des membres qui nous exploitent d'une façon scandaleuse, et qui, dans leur situation de fortune, ne devraient pas être admis aux secours médicaux, au même titre que l'ouvrier sociétaire; et encore, cette catégorie n'est-elle pas la plus commode et la moins exigeante. C'est contre cet abus plus que contre les sociétés en général qu'il faut réagir; c'est à une plus saine appréciation de la valeur de nos services et de notre situation, qu'il convient de ramener les esprits.

Voilà le mal, mal qui déjà nous déborde, et atteint plus ou moins tous les confrères, mais surtout ceux qui exercent dans des milieux en général, peu favorisés de la fortune.

Le remède serait tout simplement notre union intime et sans réserve pour la défense de nos intérêts communs; il ne serait pas prudent de recourir à ce moyen trop radical, qui consisterait à supprimer les sociétés, en leur retirant notre concours, qui en est la cheville ouvrière.

En outre nous risquerions d'exciter de vives réclamations.

Les gens si nombreux, en quête de popularité, ne manqueraient pas cette nouvelle occasion d'en faire à nos dépens. Faire la sourde oreille aux appels à nos sentiments d'humanité serait manquer à la tradition du corps médical, qui n'a jamais marchandé sa peine, qui a toujours mis ses forces physiques et intellectuelles au service du pauvre et de l'artisan?

Dans les localités, où il existe, comme dans celle où j'exerce, un grand nombre de sociétés, ne pourrions-nous pas être exposés, à voir se former une sorte de coalition de toutes ces sociétés et les voir se grouper pour faire appel à des médecins étrangers.

Nous devons donc proclamer hautement l'intérêt que nous portons aux véritables sociétés *ouvrières* de secours mutuels et notre désir de concourir à leur prospérité.

Pour nous créer une situation moins défavorable, il serait plus prudent de procéder avec une sage lenteur, d'obtenir des améliorations successives; et, pour employer une expression en vogue, de faire de l'opportunisme, de s'inspirer surtout, dans les résolutions prises en commun, des milieux et des localités dans lesquelles nous exerçons. Si nous consentons à unir nos efforts, j'ai la conviction que nous obtiendrons bien vite des modifications et, en tous cas, nous aurons la satisfaction de préparer un avenir meilleur à nos successeurs, à nos fils peut-être.

Nous devons donc donner notre concours aux sociétés de secours mutuels ; mais, à de très-rares exceptions près, la rémunération qu'elles affectent au médecin est partout insuffisante. Pour obtenir qu'elle soit à la fois plus avantageuse et plus digne, faut-il ne traiter avec elles qu'à un certain prix par visite, ou continuer à traiter à forfait, en se contentant d'élever la cotisation de chaque membre ?

La plupart des sociétés se trouveraient atteintes dans leur vitalité, si nous exigions un prix de visite trop élevé. .

Un inconvénient sérieux de ce système, serait encore l'aléa dans les dépenses ; la possibilité pour les sociétés d'être entraînées à des frais au-dessus de leurs ressources, dans certaines circonstances, dans le cours d'une épidémie, par exemple; tout système, contenant un aléa dans les dépenses, ne serait pas adopté par les membres qui composent les bureaux des sociétés.

Ce serait établir un usage à mon avis peu digne et bien fâcheux que celui de visites à bas prix. Le sociétaire, en effet, vit à côté du client ordinaire, et le mauvais exemple est toujours contagieux.

Dans la localité où j'exerce c'est un déluge de sociétés, il y en a vingt-quatre; les unes donnent au médecin 5 francs par sociétaire, quel que soit le nombre des membres de sa famille ; les autres 6 francs; il n'y en a pas deux qui donnent plus de 7 francs. Depuis plus de vingt ans, cette cotisation est invariable, alors que le prix de chaque chose a augmenté. Toutes les corporations s'entendent pour élever le prix de leur travail; le médecin seul n'a pas élevé son tarif. J'opine donc pour l'adoption d'un tarif de 8 à 10 francs par sociétaire, tarif qui doit être élevé encore pour les sociétaires dont le domicile est hors du rayon de l'octroi.

S'il y a entente entre nous, il n'est pas une société, j'en ai la conviction, qui n'adopte ce tarif, et par ce moyen nos sentiments d'humanité et de philanthropie continueront à s'exercer sans trop de préjudice pour nous.

Quant à l'exploitation du corps médical par la classe aisée, qui sans pudeur, tend de plus en plus à se glisser dans les sociétés, et à imposer ainsi au médecin une réduction d'honoraires que rien ne saurait justifier, il est essentielde ne point la subir.

Que, poussés par des sentiments généreux, nous fassions aux ouvriers, vivant au jour le jour, et, constitués en sociétés, des avantages, nous ne les devons pas aux entrepreneurs, aux propriétaires, aux chefs d'atelier. Ces gens se garderont bien de nous rien donner à prix réduits; imitons donc leur exemple et nous n'en serons que plus honorés et plus estimés. Je propose donc :

1° Adoption d'un *tarif minimum* pour toutes les sociétés de secours mutuels d'une même localité.

2° Notification à tous les Présidents de sociétés par une lettre signée de tous les confrères dans chaque localité, qu'à partir de telle époque les chefs d'atelier et les propriétaires cesseront d'avoir droit aux secours médicaux à titre de sociétaires.

Dr SUDOUR (*de Bayonne.*)

Nous supposons que notre confrère n'a pas lu la chronique professionnelle du *Concours médical* n° 18, 23, 25, de 1879, et 12 et 14 de 1880, non plus que tout ce qui, dans l'Annuaire de l'Association générale dont il fait partie, a trait à cette question brulante.

Les constatations et les plaintes abondent dans les comptes rendus des sociétés locales, qu'on a bien grand tort, à notre avis, d'écourter, ou plutôt de supprimer comme nous le remarquons dans les récents annuaires. C'est là une économie bien malheureuse. Nous faisons des vœux pour qu'on renonce à cette mesure. Les comptes-rendus

si intéressants des années 1862 et 1863 étaient seuls en état de répondre aux récriminations légitimes contre l'insuffisance (forcée, nous le reconnaissons) du temps consacré aux séances du conseil général annuel. Les sociétés locales ont besoin de donner signe de vie; on a réussi, inconsciemment, à éteindre la manifestation publique de leurs vœux, parfois intempérés, mais bien utiles pour stimuler l'initiative des dignitaires. Cette lacune se traduit par la demande réitérée de séances des délégués de Province, dans un local désigné à l'avance, séances où ils pourraient discuter longuement les questions qui leur tiennent à cœur, lors des réunions du conseil général. En parcourant la collection des annuaires, on peut s'assurer que tous les côtés de la question si grave des rapports de notre profession avec les sociétés de secours mutuels, ont été envisagés. Il est indispensable de se préoccuper surtout de l'avenir.

Ces sociétés sont-elles prospères?

Devons-nous en favoriser le développement?

Nous est-il possible de sacrifier notre situation en leur faveur?

Comment devons-nous traiter avec elles?

Ce sont les points que nous voulons examiner, en faisant usage des diverses communications qui nous ont été faites.

Nous ne donnerons aujourd'hui qu'une statistique, qui, quoique déjà ancienne, présente pourtant un intérêt sérieux, puisqu'elle démontre jusqu'à l'évidence, que le fonctionnement des sociétés de secours mutuels repose en grande partie sur notre intervention et qu'elle constate que les médecins font à eux seuls plus de bien aux sociétaires que tous les membres honoraires. On dit que les médecins sont envahissants, qu'on les voit partout. Oui certes, on les voit partout où il y a acte de dévouement à faire; pourquoi n'en recueilleraient-ils pas quelque influence. C'est là aussi un côté intéressant de nos relations avec les sociétés de bienfaisance, qui doit entrer en ligne de compte quand nous examinerons les solutions.

Extrait du rapport du Secrétaire de la Société de l'Orne, M. le docteur Bellot.

« 1° Il y a des Sociétés de secours mutuels qui paient leur Médecin à raison de 18 centimes par visite ou de 34 centimes par tête et par an (*Annuaire* pour 1862, page 117);

» 18 *centimes*, Messieurs, retenez ce chiffre!

» 2° On pourrait vous citer une Société de secours mutuels qui, pour 84 fr., a fait suivre par un Médecin quarante-deux maladies, soit 2 fr. par maladies, et au nombre de ces maladies se trouvaient deux opérations de hernie étranglée, une fracture de cuisse et plusieurs fièvres graves. (Compte-rendu de l'assemblée générale de l'association du Calvados pour 1862, page 122.)

3° D'après les rapports sur la situation des Sociétés de secours mutuels pour 1860 et 1861, rapports authentiques, officiels, le prix moyen payé aux médecins *par journée de maladie*, non pas par visite, remarquez-le bien, mais par journée de maladie, a été pour toute la France, y compris Paris, Marseille, Montpellier, Lyon, Bordeaux, Lille, Strasbourg, Versailles, etc., a été, dis-je, en 1860, de 0,383 et en 1861, de 0,363; et dans ce prix sont compris, bien entendu, les honoraires pour les opérations de toutes sortes.

» Voilà où nous sommes tombés.

» Et si vous voulez connaître exactement l'importance des sacrifices imposés au Corps médical par les Sociétés de secours mutuels, voici des chiffres :

» Les 2,653 Sociétés ont fourni ensemble pendant l'année 1861, 2,743,294 journées de maladie. Ce n'est pas exagéré, je pense, que d'évaluer chaque journée de maladie, en moyenne pour toute la France et y compris Paris et les grandes villes, à la somme de 1 fr. Les médecins qui sont, en France, au nombre de 15,000 environ, devraient donc avoir reçu 2,743,274 fr.

» Or, ayant touché seulemement ...	994,476 fr.	06 c.
» Ils ont fait un sacrifice réel de ..	1,746,797	94
Pendant que les 60,220 membres honoraires fournissaient ensemble..	786,157	67
» D'où il suit que les 15,000 Médecins ont donné de plus que les 60,000 membres honoraires.........	960,630	27

D'où il suit encore que chaque Médecin, à raison de 1 million 746,797 fr. 94 c. pour 15,000, a participé à l'Œuvre pour 116 fr. 45 c. Si chaque membre honoraire eût souscrit pour pareille somme, les 60,000 souscriptions auraient produit, non pas 786,159 fr. 67 c. mais 6,987,000. Je dis *six millions neuf cent quatre-vingt-sept mille francs.*

» Nous avons, comme vous voyez, une rude guerre à faire à l'exercice illégal de la médecine si nous voulons regagner sur les charlatans la suffisante vie de nos femmes et de nos enfants, de qui les ressources s'écoulent ainsi sous nos yeux par un drainage ouvert de nos propres mains et dont la puissance et l'étendue tendent à s'accroître de jour en jour.

» Ces trois faits en disent long. Mais voici le quatrième : je le livre à vos méditations pour vous donner la mesure de la façon dont vos services sont appréciés ds ceux qui les reçoivent et du degré d'estime, de reconnaissance et de considération que vous avez acquis en compensation du service de vos honoraires.

» 293 récompenses honorifiques ont été distribuées, en 1860, aux personnes que l'on considérait comme ayant rendu des services aux Sociétés de secours mutuels : parmi ces récompenses étaient deux décorations de la Légion d'honneur, deux cent soixante dix-sept médailles et quatorze mentions honorables.

» Or, combien croyez-vous que les Médecins aient obtenu de tout cela pour leurs études dispendieuses, pour leurs courses, pour leurs veilles, pour leurs soins, pour leur responsabilité et pour leurs visites à 35 centimes ? ... ZÉRO !

» Vous pensez bien, chers Confrères, que ces récompenses sont données d'après les listes dressées par les Sociétés de secours mutuels elles-mêmes ; et zéro est le chiffre auquel ces Sociétés évaluent les mérites de leurs Médecins.

» *Et nunc erudimini!*

II

Rentes viagères à la New-York.

La Compagnie s'engage dans ce contrat, moyennant le versement d'un capital ou prime unique, à servir une rente au contractant pendant le restant de ses jours. Le contractant jouit ainsi d'un revenu beaucoup plus considérable que celui qu'il obtiendrait par un placement ordinaire, et échappe en même temps au danger de compromettre le repos de ses vieux jours par une spéculation malheureuse. Grâce au taux élevé de l'intérêt aux États-Unis, la Compagnie peut offrir aux rentiers des avantages ex-

ceptionnels : les prix sont beaucoup moins élevés que ceux de n'importe quelle Compagnie européenne.

Il y a différents tarifs, suivant que le capital versé est entièrement aliéné, ou que la moitié de ce capital est remboursable au décès du rentier. Enfin, par une troisième combinaison, la moitié du capital est remboursée si le rentier meurt avant dix ans, tandis que s'il survit à cette période, il touche un taux plus élevé et le capital demeure acquis à la Compagnie.

EXEMPLE : Une personne, âgée de soixante-dix ans, possède un capital de 30,000 francs, lequel placé à 5 0/0 lui procure un revenu insuffisant. En plaçant son capital à fonds perdu, cette personne peut tripler ses ressources. Si elle désire toucher les arrérages semestriellement, le montant annuel de sa rente sera de 4,527 francs (15.09 0/0): le premier paiement de 2,263 fr. 50 c. aura lieu six mois après le versement du capital.

Si elle désirait qu'à son décès la moitié de son capital, soit 15,000 francs, revînt à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers, elle aurait droit à un taux d'intérêt de 10.04 0/0 et le montant à toucher chaque semestre serait alors de 1,506 francs.

Enfin, si ces 15,000 francs ne devaient être remboursés que dans le cas où le décès de la personne aurait lieu avant dix ans, le taux de la rente serait provisoirement de 10.04 0/0, mais si la personne survivait à la période de dix ans, ce taux s'élèverait à 18.20 0/0 et le montant à toucher par semestre serait de 2,730 francs. Le capital dans ce cas serait définitivement aliéné.

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelles publications de la Librairie O. DOIN.

Des varices chez la femme enceinte, thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchements, par P. BUDIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique d'accouchements. 1 vol. in-8° de 165 pages. — Prix : 4 francs.

De l'influence de la grossesse sur la tuberculose, thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchements, par L. GAULARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, 1 vol. in-8 de 160 pages. — Prix : 4 francs.

De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchements, par J. Pouillet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 160 pages. — Prix : 4 francs.

Du rhumatisme chronique noueux chez les enfants et de son traitement, par le Dr Moncorvo, membre de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, traduit du portugais et annoté par le docteur Mauriac. In-8 de 145 pages. — Prix : 3 fr. 50.

De la métallothérapie : ses origines et les procédés thérapeutique qui en dérivent, par le docteur H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 67 pages. — Prix : 2 francs.

De la variole, notes recueillies à Caunes en 1879, par le docteur Bernard (de Caunes). Imprimerie Parent.

CORRESPONDANCE

— Dr G., à B. (Gard). — Dr B., à L. (Finistère). — Dr A., à P. L.-G. (Eure-et-Loir). — Dr L., à T. (Pas-de-Calais).

Votre inscription est faite.

— Dr L., à T. (Dordogne), 15 septembre.

L'observation sera publiée. Les autres seront les bienvenues. Nous sommes de votre avis que : le récit des succès ou des revers du praticien isolé est souvent utile au médecin et au malade. Nous sommes loin de nous plaindre de ce que vous appelez les longueurs de votre lettre. Tout au contraire, les points saillants en seront indiqués à nos lecteurs.

— Dr C., à M. (Isère), 15 septembre.

M. D... a dû vous répondre. pour votre achat. L'observation annoncée ne présentera peut-être pas d'intérêt sans reproduction de la difformité. Vous apprécierez.

— Dr P. F., Paris, 15 septembre.

Vous êtes inscrit. Vous pouvez être assuré que, comme vous le dites, notre union fera votre force; les faits constatés déjà en sont la preuve.

— Dr R., à A. (Creuse), 16 septembre.

La *Caisse de Prévoyance* des assurés du *Concours* se constitue sans notre intervention. Dès qu'un de nos lecteurs contracte assurance à la *New-York*, la Compagnie verse, à cette caisse, une somme déterminée, quel que soit le mode d'assurance adopté. Les assurés, dans l'impossibilité de verser leur prime peuvent réclamer l'intervention de la *Caisse de Prévoyance*, dans des conditions déterminées.

Si vous connaissez et partagez nos vues, vous n'avez qu'à nous l'écrire et vous serez inscrit participant.

— Dr A., à C. (Corse), 12 septembre.

Vous êtes inscrit membre participant. Vous ferez acte de concours en suivant nos indications.

— Dr M., à H. (Seine-Inférieure), 19 septembre.

Vous devriez bien réclamer à la poste, car l'envoi vous est fait régulièrement. Vous avez souvent des numéros égarés et cela est assurément du fait de votre bureau, puisque vous êtes plus souvent dans ce cas que nos autres lecteurs. Si vous y tenez, on fera le recouvrement à l'époque que vous indiquez. Nous aurions bien voulu vous voir. A quarante-quatre ans, les chiffres indiqués pour l'assurance-vie sont les mêmes, à peu de chose près, que pour quarante-cinq ans; ils sont même plus avantageux. On vous écrira de la Compagnie. Le Dr Ch... n'a plus donné signe de vie.

— M. B., médecin, à V., 15 septembre.

« J'ai cinquante-et-un ans, je désirerais 300 francs de rentes à soixante-et-un ans. Combien dois-je payer en une seule fois, ou en versements annuels? »

RÉPONSE : *Prime unique* pour cette rente annuelle de 300 fr., payable annuellement. . . . . . . 1,539 fr. 12

Prime unique, si cette rente annuelle n'est payée que semestriellement. . . . . . 1,495 fr. 68

Prime annuelle pendant dix ans. . . . . 200 fr. »

— Dr C., à M. (Gard). — B., à M. (Lozère). — Dr B., à R., 21 septembre.

Fait la rectification.

— Dr de J., à H. (Yonne).

Votre indication sera suivie, dans une organisation générale que nous préparons.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 40 2 octobre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

LA VACCINE CHARBONNEUSE

Nous croyons nécessaire de revenir sur la communication faite par M. Bouley à l'Académie de Médecine. Le sujet est des plus intéressants et mérite d'attirer l'attention des praticiens. Il y a là des faits nouveaux qui pourraient bien amener un profond changement dans les idées courantes. Nous nous servirons pour cet article de la communication même de M. Bouley et d'un excellent article du Dr Ricklin (*Gazette médicale*).

On se rappelle que nous avions rapporté très-succinctement les expériences de M. Toussaint. Ce savant annonçait qu'il avait réussi, par une inoculation préventive, à donner l'immunité aux moutons contre le charbon, et qu'il s'était réservé de faire connaître le procédé auquel il avait eu recours jusqu'à ce que ses recherches fussent plus complètes.

Le procédé de M. Toussaint, qu'il fit connaître sur le désir de l'Académie, consiste à inoculer au mouton, non pas le virus charbonneux, c'est-à-dire le sang contenant en suspensiou les bactéridies qui constituent ce virus, mais bien seulement la sérosité de ce sang destituée des bactéridies, ou, autrement dit, le liquide qui avait servi à la culture des bactéridies dans l'animal vivant.

M. Bouley a rappelé les expériences de M. Toussaint à Alfort et ce sont les résultats des expériences qu'il a instituées dont il a donné connaissance à l'Académie.

On commença à inoculer avec du *liquide vaccinal* de M. Toussaint une série de vingt moutons. Sur ce nombre quatre moururent, et la présence des bactéridies dans leur sang, en quantité innombrable, témoigna qu'ils avaient péri par le charbon, tous les autres furent malades; quelques-uns très-gravement, leur température ayant monté à 41, voire à 42 degrés. Mais tous surmontèrent leur mal et *survécurent*.

Il y avait là une contradiction formelle avec les résultats annoncés par M. Toussaint.

Cet accident fut un évènement heureux, car il donnait la solution immédiate d'une question singulièrement énigmatique que soulevait l'expérience importante de M. Toussaint. S'il avait été établi qu'il vaccinait contre le charbon avec une quantité infinitésime du sérum du sang ayant servi de liquide de culture à la bactéridie, il eût fallu en revenir aux actions de présence et admettre que la goutte inoculée produisait des phénomènes d'ordre catalytique, c'est-à-dire adopter une explication qui n'eût été que l'expression du fait sans l'expliquer. L'accident d'Alfort est heureusement survenu pour faire évanouir ce qui avait pu faire illusion à M. Toussaint dans les résultats de ses premières expériences.

De fait, ce que M. Toussaint avait inoculé, c'était non pas un liquide destitué de bactéridies, mais bien le virus charbonneux lui-même, atténué par l'action de la chaleur ou de l'acide phénique, et pouvant, grâce à cette atténuation, donner à la plupart des sujets inoculés, sinon à tous, un charbon *supportable*, c'est-à-dire compatible avec la vie et laissant dans l'organisme inoculé la précieuse propriété de le rendre désormais invulnérable au charbon. En un mot, M. Toussaint avait réussi à transformer le virus charbonneux en son propre vaccin, comme avait fait M. Pasteur pour le virus du choléra des poules. Les expériences de M. Toussaint ne présentaient donc plus rien d'exceptionnel; elles se rangeaient sous la loi générale établie par M. Pasteur dont elles avaient semblé un instant être la contradiction.

C'est par la bactéridie, dépouillée en partie de sa grande faculté pullulante, que M. Toussaint donnait l'immunité contre le charbon.

Réellement, cette immunité existe-t-elle ? C'est là une question principale au point de vue des résultats économiques. Elle peut être, dès maintenant, résolue par l'affirmative. A Toulouse, M. Toussaint a déjà donné l'immunité à 11 animaux. A Alfort, sur les 16 moutons survivant à l'inoculation *vaccinale,* 8 ont déjà été soumis à la contre-épreuve de l'inoculation charbonneuse et l'ont subie avec une grande solidité. Les deux premiers avaient été inoculés avec un liquide de culture, en même temps qu'un lapin, qui a témoigné par sa mort de l'activité virulente de ce liquide. Pour les six autres, on a commencé par inoculer le lapin avec un liquide de culture, envoyé de Toulouse par M. Toussaint, et garanti par lui très actif. De fait, le lapin a succombé au charbon, et c'est son sang, tout chaud, qui a servi à inoculer les moutons. Tous ont résisté, mais non sans avoir ressenti, dans une certaine mesure, les effets de l'inoculation, qui se sont traduits par une augmentation de température d'un ou deux dixièmes de degré. Très peu de chose, on le voit, mais quelque chose.

Ce fait, que les moutons doués de l'immunité contre le charbon ne laissent pas d'en ressentir les effets, tout au moins à la suite d'une première inoculation, a été signalé par M. Chauveau dans les comptes rendus de ses curieuses expériences sur les moutons algériens. On sait que l'on doit à cet habile et sagace expérimentateur la découverte d'un fait qui, devant d'autres yeux, aurait pu passer inaperçu, car il n'était pas cherché, mais il a été saisi au passage.

Ce fait, le voici : M. Chauveau, en expérimentant sur le charbon, eut à constater cette particularité que, sur quelques sujets de l'espèce ovine, le virus dont il se servait restait sans effet, tandis que sur les autres il se montrait doué de toute son énergie. D'où venait cette différence? M. Chauveau en rechercha la cause, et il constata que tous les moutons réfractaires appartenaient à une même race ou, pour mieux dire, à une même provenance : celle de l'Algérie, qui est actuellement pourvoyeuse du marché de Lyon pour une assez forte part. N'était-ce qu'un accident qu'il avait vu se produire sous ses yeux, ou bien le fait constaté dépendait-il effectivement de la nature spéciale des moutons inoculés ?

De nouvelles expériences, celles-ci faites intentionnellement, lui donnèrent la preuve que c'est dans le sens de l'affirmative que cette dernière question devait être résolue. Les moutons de provenance algérienne, soumis à l'inoculation du charbon, se montrèrent réfractaires à cette inoculation, en ce sens qu'ils n'y sucombèrent pas ; mais ils en ressentirent, à un certain degré, l'influence, dénoncée par une certaine élévation de la température du corps, un engorgement des ganglions dans la région où aboutissent les lymphatiques procédant du lieu de l'inoculation ; et même, chez quelques sujets, par des troubles généraux : tristesse, inappétence, suspension de la rumination ; symptômes éphémères, mais manifestes. D'où cette conclusion que le charbon s'inocule au mouton algérien, mais qu'il reste bénin chez lui en raison de ce que son milieu organique n'est pas un milieu de culture favorable aux bactéridies. Mais si le mouton algérien, réfractaire par nature à l'action mortelle du virus charbonneux, conserve encore une certaine susceptibilité à son influence, cette susceptibilité peut être détruite par une ou plusieurs inoculations successives, et le moment arrive où l'organisme de ce mouton devient absolument réfractaire aux inoculations, même avec le virus le plus actif.

Comme le dit M. Chauveau, une deuxième inoculation renforce les effets de la première. Mais il faut, pour cela, une condition, c'est qu'on ait laissé s'écouler un certain temps entre les deux. Si l'on inoculait trop tôt, le renfort virulent de la deuxième inoculation s'ajoutant à la première dose inoculée, avant qu'elle ait produit les effets préventifs, pourrait avoir pour résultat de donner lieu à des accidents mortels.

Il faut faire entrer en ligne de compte, dans l'étude des phénomènes que l'on produit par l'inoculation, et la qualité du virus, et sa quantité, et le milieu où il est placé.

Il y a là, pour l'application, des faits d'une grande importance. Si l'immunité peut être renforcée par des inoculations successives, n'y aura-t-il pas lieu, lorsqu'on aura réussi à doser l'activité virulente du charbon *vaccinable*, de manière à l'adapter rigoureusement aux résistances organiques de nos races, n'y aura-t-il pas lieu, dirons-nous de répéter les inoculations dans les pays charbonneux, proportionnellement à l'intensité des conditions de l'infection naturelle, de manière à revêtir l'organisme des moutons vaccinés d'une immunité qui soit proportionnelle à l'intensité de ces conditions ? Et si nous considérons la pratique de la revaccination chez l'homme, dit M. Bouley, ne serait-il pas prudent, lorsqu'on voit l'inoculation vaccinale rester sans effet, malgré deux ou trois piqûres, de forcer les doses, en les multipliant, pour voir si la résistance organique actuelle ne pourrait pas être surmontée par ces doses plus fortes, comme dans les expériences de M. Chauveau avec le charbon, et s'il ne serait pas possible de doter ainsi l'homme d'une immunité vaccinale nouvelle, qui serait plus forte que celle dont il est actuellement en possession ?

Cette pratique ne devrait-elle pas être essayée tout particulièrement sur ceux qui, comme les médecins, les élèves des hôpitaux, les infirmiers, sont plus spécialement exposés à l'infection variolique ? Ce sont là des questions qu'on peut se poser.

Quant aux moutons, on peut faire acquérir à l'organisme de ces animaux une immunité certaine contre le charbon, à l'aide d'inoculations préven-

tives faites dans des conditions déterminées. Scientifiquement cette question est résolue.

Ce renforcement de l'immunité au charbon, dû à des inoculations successives convenablement espacées, laisse entrevoir des applications pratiques sur lesquelles M. Bouley a tout particulièrement insisté.

Il est permis d'espérer que nous possédons bien là un moyen de rendre les moutons réfractaires au charbon, ressource précieuse dans les pays comme la Beauce, où cette maladie exerce des ravages permanents. M. Bouley se propose d'ailleurs de tenter une expérience complémentaire tout à fait propre à nous édifier sur la valeur réelle de ces inoculations préventives. Un fermier des environs de Senlis possède un champ, véritable lieu maudit, sur lequel il est impossible de faire parquer un mouton sans que bientôt il périsse de la maladie charbonneuse.. M. Bouley se propose de faire transporter sur ce point, avec toutes les précautions nécessaires, quelques-uns des moutons qui ont servi à ses recherches. Si ces animaux résistent, l'efficacité des inoculations préventives ne saurait plus être mise en doute.

Ajoutons, en passant, que les agneaux qui naissent des mères inoculées pendant les derniers mois de la gestation semblent avoir acquis une immunité plus prononcée encore qu'elle ne l'est chez les ascendants.

De ce qui précède on peut conclure que le procédé découvert par M. Toussaint pour conférer aux moutons une immunité relative pour le charbon est comparable, non point à la vaccine, comme on l'a soutenu d'abord, mais bien à l'inoculation variolique que les Chinois pratiquent sur leurs semblables depuis près de mille ans déjà. Aujourd'hui que la vaccine se montre impuissante à éteindre les ravages de la variole, il serait curieux de rechercher si, comme il arrive pour les inoculations répétées du virus charbonneux, les revaccinations successives à de courts intervalles ne seraient pas propres à renforcer la puissance de ce moyen prophylactique. Cette recherche, il est vrai, se heurterait à des difficultés considérables.

Au contraire, le problème serait beaucoup plus simple si pareille enquête portait sur la valeur des inoculations varioliques dont la pratique est aujourd'hui tombée en désuétude, dans les pays civilisés du moins. Dans la seconde moitié du siècle dernier, où cette pratique était fort en honneur dans le nord et le centre de l'Europe, Gatti-Pisa, un variolateur acharné, avait reconnu que sur cent sujets inoculés de la variole il n'y en avait pas plus de cinq, en moyenne, devenus entièrement réfractaires aux inoculations ultérieures. Or, la réaction qui succède à une première inoculation variolique chez un sujet non vacciné est assez violente; il sera donc facile de juger de l'efficacité relative des inoculations suivantes. Ce serait une expérience à tenter dans les rares circonstances où, de l'aveu de cliniciens tels que Trousseau, l'inoculation variolique s'impose comme suprême et dernière ressource pour lutter contre une épidémie de variole.

Nous avons parlé plus haut de ces champs maudits, véritables foyers pestilentiels, qui font périr par le charbon tous les animaux qui viennent s'y aventurer. Le vulgaire attribue ces ravages locaux à des *effluves*, émanations malfaisantes qui, à un moment donné, se dégagent du territoire néfaste; explication qui ne vaut ni plus ni moins que le fameux *génie épidémique* que nous, médecins, n'hésitons pas à invoquer pour rendre compte de la recrudescence des ravages causés par une maladie plus ou moins infectieuse. Les recherches récentes de M. Pasteur viennent éclairer d'un jour nouveau cette partie si obscure de l'étiologie des maladies épidémiques.

L'illustre savant vient d'acquérir la preuve que les germes de la maladie charbonneuse, c'est-à-dire les bactéridies sont transportées de la profondeur à la surface du sol par des êtres vivants, les vers de terre. Il a suffi à M. Pasteur de cultiver le tortillon excrémentiel de vers recueillis à fleur de terre, en un lieu où antérieurement avait été enfouie à deux mètres de profondeur une vache morte du charbon, pour obtenir un produit chargé de bactéridies et dont l'inoculation engendrait la maladie charbonneuse.

Voilà de grandes et belles découvertes, et quand on songe à l'influence considérable qu'elles ne manqueront pas d'exercer sur nos connaissances, encore si rudimentaires en étiologie, on s'explique l'enthousiasme avec lequel l'Académie a accueilli la communication de M. Bouley. Dr P.

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

(*Suite*).

SUBSTANCES NORMALEMENT CONTENUES DANS L'URINE.

Matières extractives. — On comprend, sous cette rubrique, l'ensemble des substances organiques dont la faible quantité ou la nature non définie ne permet point un dosage séparé et qui restent, par différence, lorsqu'on a déterminé le poids de l'urée, de l'acide urique et des sels minéraux.

Mélange de créatinine, de leucine, de tyrosine, de xanthine, d'acide hippurique, lactique, succinique, de matières odorantes ou colorantes altérées, etc., ces matières représentent les termes

successifs de l'oxydation des tissus selon l'état de l'économie, et forment une sorte d'extrait brunâtre en partie insoluble dans ces deux dissolvants.

Ces matières augmentent avec l'état fébrile, mais leur proportion suit une marche inverse de celle de l'urée: les quantités sont, en général, complémentaires, c'est-à-dire que si l'urée subit une augmentation notable du jour au lendemain, les matières extractives diminueront dans l'urine et réciproquement.

Grâce à leur nature elle-même, les matières extractives, par leurs variations, influenceront notablement le pronostic porté au cours d'une maladie : leur augmentation, sans diminution de la fièvre et abaissement de la température, constituera un signe moins favorable que l'augmentation de l'urée ; si, dans les mêmes conditions, elles diminuent concurremment avec l'urée, on conclura encore que la maladie s'aggrave et que les fonctions de l'économie sont profondément troublées.

C'est à l'accumulation de ces matières et à leur rétention dans le sang que sont dus les accidents si redoutables de l'*urémie* et plus généralement les accidents cérébraux des maladies fébriles.

On les voit augmenter lorsque cessent les phénomènes ataxiques. Dans la fièvre intermittente, elles augmentent dans le sang et dans l'urine, un peu avant que le frisson n'éclate, et l'accès arrive comme pour en débarrasser l'économie par l'exagération des combustions internes.

De là, la nécessité de balayer pour ainsi dire l'économie, en excitant la sécrétion urinaire, et d'administrer ceux des diurétiques qui, comme les *sels alcalins*, *les acétates*, *les tartrates*, etc., paraissent stimuler particulièrement le rein.

Sels minéraux. — Parmi les nombreux sels qui peuvent se rencontrer dans l'urine, il n'en est qu'un petit nombre qui intéressent particulièrement le clinicien : ce sont le chlorure de sodium, les sulfates, les carbonates et les phosphates (surtout ceux de chaux et de magnésie), enfin l'oxalate de chaux.

Le dosage rigoureux de ces diverses substances est rarement nécessaire et ordinairement il suffit de constater l'augmentation ou la diminution excessive ou bien les variations relatives dans les proportions.

Chlorure de sodium. — On le dose approximativement de la manière suivante : L'urine, privée d'albumine par l'ébullition et le filtrage, est neutralisée par une petite quantité de carbonate de chaux et additionnée de quelques gouttes d'une solution de chromate neutre de potasse. On traite alors par une solution titrée de nitrate d'argent qui précipite le chlore sous forme de chlorure d'argent, on s'arrête au moment ou le liquide prend une coloration rouge persistante due à la formation de chromate d'argent.

Les chiffres obtenus sont un peu trop forts, mais ils suffisent aux exigences de la pratique courante qui d'ailleurs ne réclame que bien rarement un dosage.

La quantité de chlorure de sodium contenue dans l'urine, subit des variations considérables : la moyenne peut être évaluée à 12 gr. 5 pour vingt-quatre heures.

L'élimination de ce corps, étudiée heure par heure, présente deux maximums : un le matin, l'autre l'après-midi, et un minimum pendant la nuit (diminution dans l'activité de toutes les fonctions).

Plus on boit, plus on élimine de chlorure de sodium; d'autre part plus on *mange salé*, plus on est obligé de boire et d'uriner beaucoup.

A l'état pathologique, les variations ne sont pas moins nombreuses. Dans toutes les maladies aiguës fébriles le chlorure de sodium diminue, il augmente au contraire dans la défervescence, suivant ainsi une marche opposée à celle de l'urée. On a cherché à expliquer ce fait par la diète conservée pendant l'état de maladie, — l'explication n'est pas entièrement satisfaisante, car un pneumonique nourri de mets très-salés et mis à l'usage de la limonade chlorhydrique ne rend pas pour cela plus de chlorure de sodium (Oppolzer).

La diminution s'accentue davantage dans les maladies où se produisent des exsudats abondants, ces produits absorbant vraisemblablement une notable partie des chlorures disponibles (Gautier). Pareil fait se produit dans le cas de flux diarrhéique.

La quantité revient à la normale et même peut la dépasser quand la convalescence s'est franchement établie.

Chez la femme enceinte, on note encore une augmentation : peut-être est-elle due à une plus grande quantité d'aliments ingérés, peut-être aussi à la perversion que souvent on remarque dans le sens du goût.

Sels terreux. — Les phosphates et carbonates terreux sont presque insolubles dans l'eau, leur solution dans l'urine est facilitée par la présence des chlorures alcalins, du phosphate acide de soude et de l'acide carbonique.

Cette dernière influence se montre très-évidente dans le cas où l'on traite par la chaleur une urine dont la réaction ne s'est pas montrée nettement acide : on voit, une fois le gaz carbonique

chassé, un précipité se former — précipité qui, par sa couleur et son apparence, pourrait faire croire à de l'albumine, mais qui se dissout aussitôt si l'on ajoute une goutte ou deux d'acide acétique.

Ces sels se déposent naturellement dans l'urine par la fermentation ammoniacale ou plus généralement lorsque, pour une cause quelconque, la réaction de l'urine devient alcaline.

On a rarement besoin de doser les sels terreux : on se contente de les précipiter par l'ammoniaque ou la potasse et d'apprécier plus ou moins exactement les variations de quantité que subit le précipité.

La moyenne excrétée journellement est voisine de 1 gramme. Elle augmente par une alimentation exclusivement animale et aussi par l'alimentation exclusivement végétale (Gubler); elle diminue par l'abstinence.

Elle paraît diminuer encore dans le travail cérébral et aussi dans certaines affections des centres nerveux : manie, épilepsie, névroses, etc...

Les sels terreux augmentent au contraire dans les affections des séreuses : rhumatisme, péricardite, méningite surtout : on a pu dire même que cette complication devait toujours être soupçonnée lorsque, dans le cours d'une fièvre grave, les sels terreux s'éliminent dans les urines en quantité surabondante.

On a voulu faire du diabète phosphatique une maladie propre, la phosphaturie ne saurait être autre chose qu'un symptôme : c'est un phénomène commun à diverses affections, elle est la conséquence d'un vice de nutrition, d'un état dyscrasique ; elle s'observe toutes les fois que l'économie se trouve saturée de sels terreux, que ceux-ci aient été introduits à titres d'aliments, de remèdes, ou bien qu'ils proviennent de la dénutrition des tissus organiques qui les renferment.

Dans le rachitisme, dans l'ostéomalacie, dans la carie osseuse, le mal de Pott, dans les lésions osseuses de la scrofule, les sels terreux se trouvent en abondance dans l'urine.

On les trouvera aussi dans l'athérome artériel, dans certains cas de cataracte.

Dans la grossesse, ils diminuent, absorbés qu'ils sont par le travail d'ossification du fœtus; cependant à l'approche de l'accouchement on peut les voir augmenter, c'est que les os du bassin sont lors le siége d'un travail particulier dont le résultat facilitera le passage du fœtus.

Cette augmentation se retrouvera encore après l'accouchement, mais elle ne tardera pas à se rapprocher de la normale.

Oxalate de chaux. — Ce sel se rencontre dans l'urine normale en très-petite quantité, mais l'absorption de certains aliments peut le faire augmenter : oseille, tomate, rhubarbe. Le même fait se produit par l'usage de vins chargés de tartre ou d'acide carbonique (vins de la Moselle, vins de Champagne), du sucre, de l'amidon, etc.

Il paraît résulter, dans ces derniers cas, d'une oxydation incomplète au sein de l'économie. Le fait d'ailleurs paraît confirmé par son apparition, pour ainsi dire constante, dans les cas où les fonctions de la peau ou du poumon subissent un certain dérangement.

Dissout le plus souvent dans l'urine à la faveur du phosphate acide de soude, il se dépose dès que la liqueur tend à devenir neutre. Insoluble dans l'acide acétique, il se distingue facilement des phosphates et carbonates terreux.

Nous retrouverons d'ailleurs la plupart de ces sels, lorsque nous aborderons l'étude particulière des sédiments urinaires.

Substances anormales provenant de la décomposition ou du dédoublement des substances normales de l'urine.

Les diverses substances dont nous avons signalé la présence dans l'urine peuvent réagir les unes sur les autres et, par double décomposition, donner naissance à des produits nouveaux ; elles peuvent aussi subir de véritables dédoublements.

Ces divers phénomènes qu'on observe dans l'urine, après son émission, lorsqu'elle commence à s'altérer, peuvent aussi se produire au sein de l'économie, surtout lorsque les voies urinaires malades ne sont plus intactes : ils doivent donc nous arrêter un instant.

Parmi les *produits de double décomposition,* nous citerons le PHOSPHATE AMMONIACO-MAGNÉSIEN, qu'on rencontre souvent dans les sédiments ou les calculs urinaires.

Il prend naissance toutes les fois que le phosphate de magnésie normal dans l'urine rencontre de l'ammoniaque produite par fermentation.

En dehors de l'état pathologique, le phosphate ammoniaco-magnésien peut se rencontrer dans l'urine, mais il n'est jamais qu'en très-faible quantité.

Il est, au contraire, abondant dans les vieux catarrhes de la vessie, surtout après des cathétérismes répétés.

Comme nous le verrons plus loin, il entre pour une large part dans la production des calculs vésicaux.

Au premier rang des *produits de dédoublement,* figure le CARBONATE D'AMMONIAQUE, dérivé de l'urée sous l'influence d'un ferment spécial.

C'est encore dans les affections chroniques des voies urinaires, dans les vieux catarrhes de la vessie qu'on rencontre ce corps : la nécessité où l'on se trouve de pratiquer souvent le cathétérisme favorise singulièrement sa production, la sonde amenant avec elle les germes et ferments extérieurs.

Le carbonate d'ammoniaque, comme le ferait l'ammoniaque elle-même, réagit sur le phosphate de magnésie pour donner du phosphate ammoniaco-magnésien, ou bien sur le pus coexistant, dissolvant les globules et donnant à l'urine une consistance visqueuse et filante caractéristique.

On peut encore trouver dans cette classe l'ACIDE BENZOÏQUE, provenant du dédoublement de l'acide hippurique; les ACIDES FORMIQUE, ACÉTIQUE, LACTIQUE provenant de diverses fermentations du glucose, etc., etc.

Mais ces substances ne présentent pas d'intérêt pour le clinicien et nous renvoyons pour leur étude aux ouvrages spéciaux.

Substances absolument anormales.

Les substances que nous allons étudier ne se rencontrent qu'à l'état pathologique et toujours leur présence dans l'urine est le signe d'une altération profonde des fonctions physiologiques.

Leur recherche s'impose au praticien, et leur découverte apportera au diagnostic incertain ou au pronostic les éléments les plus précieux : souvent même elle donnera l'explication de symptômes obscurs ou de phénomènes inaperçus.

ALBUMINE. — Deux causes peuvent déterminer la présence de l'albumine dans l'urine : une lésion de l'appareil urinaire ou une augmentation de l'albumine dans l'économie.

Le rein, qui, dans son état d'intégrité, s'oppose au passage de l'albumine, peut, cela est de toute évidence, laisser passer cette substance s'il est altéré dans sa texture, comme dans la maladie de Bright. De même, si, pour une cause quelconque, l'organe s'enflamme et que cette inflammation se traduise par un exsudat, on trouvera de l'albumine dans l'urine, albumine fournie par l'exsudat lui-même (néphrite cantharidienne).

D'autre part, la proportion d'albumine peut augmenter dans l'économie par suite soit d'une ingestion trop considérable de cette substance, soit de la rupture de l'équilibre existant entre la production et la dépense : l'excès devra être éliminé, mais cette élimination ne pourra se faire qu'à une condition, la congestion du rein.

C'est ce dernier phénomène qui, mal compris, a fait affirmer si longtemps l'existence constante d'une néphrite dans l'albuminurie. La néphrite, lorsqu'elle se produit, n'est le plus souvent que secondaire : elle est la conséquence de l'état congestif prolongé que détermine le passage de l'albumine à travers l'organe. Le phénomène initial est une dyscrasie, une superalbuminose, et la preuve est que celle-ci, avant son passage dans l'urine, se révèle souvent par d'autres signes : œdème, bouffissure, etc.

Nous avons déjà dit que l'augmentation de l'albumine dans l'économie pouvait être absolue. On connaît le cas de Claude Bernard qui, pressé de déjeuner, avala successivement un certain nombre d'œufs et qui, ayant eu l'idée d'analyser son urine, la trouva fortement albumineuse. Nous observons souvent le même phénomène chez les malades auxquels nous donnons pour boisson l'eau albumineuse.

Mais le plus souvent l'augmentation n'est que relative : l'excès n'existe que par rapport à la proportion des globules sanguins, des sels, etc., ou encore par rapport au fonctionnement des organes.

C'est le cas du diabète, c'est encore souvent celui de la grossesse, ainsi que l'a démontré Gubler.

Quoi qu'il en soit, voici les moyens par lesquels on reconnaît dans l'urine la présence de l'albumine.

Premier procédé. — L'urine est introduite dans un tube fermé à son extrémité; on chauffe la partie supérieure du liquide jusqu'à ébullition à l'aide d'une lampe à alcool ; s'il y a de l'albumine, on voit se former un coagulum qui, par sa teinte louche, tranche sur la limpidité du liquide restant au-dessous.

Ce procédé devra toujours être employé, si l'urine troublée par un dépôt d'urates présente l'apparence jumenteuse que nous avons signalée, mais on modifie légèrement la manipulation. L'urine trouble introduite dans le tube, on chauffe légèrement d'abord pour redissoudre les urates; puis l'urine devenue limpide est portée à l'ébullition comme précédemment.

Il est bon de s'assurer préalablement que l'urine est acide, car dans une urine alcaline, la présence de la soude, de la potasse ou de l'ammoniaque non saturées peut s'opposer à la coagulation. Si donc l'urine n'était pas acide, on aurait soin de l'acidifier préalablement par l'addition de quelques gouttes d'un acide quelconque.

Il ne faudrait pourtant pas qu'il y eût un trop fort excès d'acide, car l'acide phosphorique mis en liberté aux dépens des phosphates pourrait, lui aussi, entraver la coagulation.

Le coagulum d'albumine est insoluble dans l'acide acétique, ce qui le distingue des sels terreux, et dans l'alcool, ce qui le distingue des substances résineuses.

Deuxième procédé. — L'urine placée dans un verre à expériences est additionnée d'une quantité d'acide nitrique égale environ au quart du volume de l'urine — l'albumine se coagule.

Il faut avoir soin de verser l'acide lentement en le faisant couler le long de la paroi du verre, afin d'éviter une coagulation trop brusque qui pourrait être une source d'erreurs.

Si la quantité d'albumine est considérable, le précipité occupe le fond du vase; sa coloration, d'un blanc plus ou moins opaque, peut se présenter avec des reflets divers (nous reviendrons plus loin sur ces colorations).

S'il n'y a qu'une faible proportion d'albumine, celle-ci reste en suspension sous la forme d'un léger trouble opalescent qu'on met en évidence en plaçant le vase devant une surface noire.

Un excès d'acide peut détruire le précipité : on éviterait cet inconvénient en faisant préalablement chauffer l'urine.

S'il existait des urates concurremment avec l'albumine, ceux-ci se réuniraient à la partie supérieure du liquide sous forme d'un diaphragme léger (voir plus haut : *acide urique)*.

Le procédé que nous venons de décrire ne peut convenir qu'aux urines limpides. Si l'urine était troublée par des sédiments, par du pus, par du sang, il faudrait avoir soin de la filtrer préalablement.

On rejettera la précipitation de l'albumine par le tannin, ce dernier corps précipitant encore un certain nombre de substances dans les urines normales (Gautier).

Le dosage de l'albumine est assez facile. On ajoute à l'urine étendue de deux fois son volume d'eau quelques gouttes d'acide acétique. Au bout de vingt-quatre heures on filtre pour enlever le mucus coagulé. On porte alors à l'ébullition : le précipité recueilli sur un filtre est lavé à l'eau très-légèrement ammoniacale (pour enlever l'acide urique) puis traité par l'alcool et l'éther (pour enlever les graisses et quelques matières extractives); enfin il est recueilli dans une capsule tarée, desséché à 110° et pesé.

Quelles sont les affections où se rencontrent les urines albumineuses ? Ce sont d'abord les lésions rénales et l'inflammation des voies urinaires ; mais il n'y a pas lieu d'insister, l'albuminurie ne venant que s'ajouter à une foule d'autres symptômes.

C'est le diabète albumineux surtout ; mais alors la quantité de la substance éliminée acquiert une grande importance. Disons immédiatement qu'il faut se mettre en garde contre plusieurs sources d'erreurs :

1° Il faut tenir compte de l'alimentation. Gubler racontait souvent, dans son service, l'histoire d'un malade albuminurique qui, un jour, sans cause apparente, avait présenté une énorme quantité d'albumine : il avait mangé pendant la nuit une douzaine de biscuits !

2° Lorsqu'on se contente d'une appréciation approximative, il faut avoir soin de distinguer entre les urines du jour et celles de la nuit, les premières contenant beaucoup plus d'albumine que les secondes : c'est, qu'en effet, les aliments ingérés ont augmenté la quantité brute d'albumine contenue dans le sang.

On préférera les urines du jour, surtout celles du soir qui sont rendues une ou deux heures après le repas; ce sont celles qui contiennent le plus d'albumine.

Les pertes d'albumine oscillent généralement entre 4 et 10 grammes par jour, mais elles peuvent atteindre 20 ou 30 grammes. Disons d'ailleurs que ces chiffres très-rares ne pourraient se soutenir longtemps sans entraîner la mort.

Dans l'albuminurie aiguë, les malades n'accusent souvent qu'un malaise assez mal défini et auquel on ne peut guère prêter attention; en l'absence des lésions caractéristiques, des symptômes vulgaires, seule l'analyse éclairera le diagnostic.

Dans les fièvres, la présence des urines albumineuses sera toujours l'indice d'un trouble fonctionnel important. On ne rencontrera donc pas d'albumine dans les fièvres inflammatoires franches (1); mais dans les fièvres graves, il est rare que ce symptôme fasse défaut.

Gubler, dans le nombre immense de cas de fièvre typhoïde qui ont passé sous ses yeux, déclare ne l'avoir jamais vu manquer, et il en fait l'un des symptômes les plus constants de cette affection.

Son absence, chez les enfants, loin d'être en désaccord avec cette manière de voir, vient au contraire la confirmer d'une façon remarquable : tous nous savons que les enfants grandissent sensiblement au cours d'une fièvre grave, rien donc

(1) Si cependant les symptômes fébriles se sont amendés, une légère trace d'albumine dans les urines accompagnée d'une sorte d'augment dans les phénomènes fébriles proprement dits, indiquera le retour à la santé.

d'étonnant à ce que l'albumine n'apparaisse pas dans l'urine, elle est employée par le travail de nutrition si actif à ce moment. Pour qu'on pût la trouver, il faudrait que la dyscrasie fût bien profonde, et bien grave devrait être le pronostic.

L'albuminurie se rencontre encore dans les diverses cachexies, témoignant du trouble qu'ont subi les diverses fonctions de l'économie : dans la cachexie saturnine, elle est due, non à l'altération parenchymateuse du rein que déterminerait l'élimination du plomb, mais aux modifications qui se montrent dans la crâse sanguine lorsque l'état cachectique est confirmé.

L'albumine enfin peut apparaître dans l'urine des malades atteints d'affections où sa présence ne constitue pas un symptôme ordinaire : c'est ainsi qu'on peut la trouver dans les deux formes d'ictère, dans certaines fièvres inflammatoires et éruptives, etc... sa présence constitue toujours alors un phénomène grave, puisqu'elle est le signe d'un trouble fonctionnel intense, et sa diminution est plutôt un symptôme favorable.

(*A suivre*) Dr G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les Médecins et les Sociétés de secours mutuels.

Les Sociétés de secours mutuels sont nées d'une pensée de *bienfaisance* et de *charité*. Fondées tout d'abord dans le but de venir en aide à l'ouvrier que la maladie éloigne de ses travaux et prive de son salaire quotidien ; destinées à lui assurer, en échange d'un léger sacrifice, les soins nécessaires, elles devaient contribuer à relever son caractère et à développer chez lui les idées d'ordre et de prévoyance.

« Primitivement, l'ouvrier payait bien sa cotisation, mais le patron y ajoutait la sienne qui, souvent, était la plus grosse; puis il y avait les membres honoraires; bref, chacun de son côté encourageait une institution qui devait développer des sentiments d'un ordre relevé. Il était naturel que le corps médical, lui aussi, contribuât à ce résultat si désiré et si désirable, mais qui, n'a guère été atteint; et, comme toujours quand il s'agit d'une idée généreuse, son concours ne se fit pas attendre. Il accepta les tarifs à prix réduits de ces Sociétés.

Mais lorsqu'on vit que les médecins accordaient volontiers leurs soins à ces associations presque gratuitement, beaucoup de gens qui, en retranchant un peu de leur superflu, eussent pu honorer convenablement leur médecin suivant leur position, eurent l'idée de se réunir en sociétés qui, se targuant de leur titre, sollicitèrent d'abord, pour imposer plus tard, les secours médicaux à prix réduits. Le médecin « soigne déjà l'indigent pour « rien, les malades à l'hôpital pour peu de chose, « il nous fera bien aussi à nous une concession; « c'est dans ses habitudes. Nous ferons valoir ici « les sentiments d'humanité, nous éveillerons là la « jalousie, nous ferons mirer l'espoir d'une bonne « affaire auprès de celui-ci, qui n'est pas fort en « arithmétique, et nous arriverons bien à la fin à « faire accepter accepter à tous nos médecins ou « à l'un d'eux, une réduction telle sur ses hono- « raires que notre société vivra sans nouveau « sacrifice et les médecins nous auront sauvé la « vie encore une fois en échange d'un peu d'ar- « gent et d'un semblant de popularité. »

Puis, lorsque les sociétés furent solidement constituées, qu'elles se furent accrues en nombre et en richesse, elles ne tardèrent pas à renier leur origine modeste, à oublier leurs débuts pénibles. Leurs tendances s'accentuèrent ouvertement, elles déclarèrent à leurs bienfaiteurs une guerre acharnée et poursuivirent sans relâche la réalisation de cette idée économique : « *Le médecin et le* « *pharmacien au plus bas prix.* »

Elles pensèrent, d'ailleurs, que si le groupe de médecins auquel elles avaient affaire, venait à se rendre compte de la situation et voulait résister à des exigences excessives, on aurait toujours la ressource de trouver un jeune homme assez ignorant des charges de la profession, ou assez famélique pour accepter n'importe quelle rémunération.

Heureusement l'expérience a prouvé nombre de fois que lorsqu'il se sera aperçu du marché de dupe qu'on lui a fait faire, il en donnera pour l'argent qu'il recevra. Ce n'est certes pas là le but auquel aspire une sérieuse administration de *Société de secours*.

Ainsi, tandis que les corporations ouvrières, si jalouses de leurs droits, si préoccupées de leur bien-être et de leurs intérêts, s'efforcent chaque jour de diminuer le travail, en élevant proportionnellement le salaire, elles s'associent pour asservir un corps social, dont les membres leur donnent chaque jour des preuves d'abnégation et de dévouement, et s'efforcent de lui imposer le maximum de travail avec le minimum de salaire.

Ces sociétés, dites de secours mutuels, devinrent donc des associations, où chacun, moyennant une cotisation la plus faible possible, s'assurait contre les conséquences pécuniaires de la maladie, en les réduisant d'ailleurs à leur plus faible expression.

Dans ces conditions, ces associations ont bientôt pullulé au point de porter une grave atteinte aux intérêts moraux comme aux intérêts matériels du corps médical tout entier, où elles ne cessent d'exciter la concurrence et de semer la division.

La plupart offrent vingt sous par visite. C'est exactement le pourboire que nous réclament certains membres de ces sociétés dans l'exercice de leurs fonctions. Nous sommes même cotés à un taux inférieur ; car, si on nous donne la pièce pour nos visites, nous n'avons rien du tout pour nos consultations. Nous ne parlons pas des soins spéciaux, des opérations de petite et grande chi-

rurgie : tout cela est nécessairement gratuit. Une société remarquablement généreuse offre 10 fr. au médecin qui fait l'accouchement et 9 francs à la femme qui est accouchée. S'il existe de nos confrères dans un état de dénûment tel qu'ils soient dans la nécessité de faire des accouchements pour 10 francs, nous serions bien égoïstes et bien coupables de ne pas leur venir en aide.

« Si des sociétés ouvrières, dit M. Davènne, mal « inspirées ou se méprenant sur la nature et le but « du principe bienfaisant de la mutualité, per- « sistaient dans la pensée de faire aux médecins « une position incompatible avec leurs intérêts « légitimes et les soins de leur propre dignité, il « appartient incontestablement à ceux-ci de re- « fuser, non aux membres des Sociétés, mais aux « Sociétés elles-mêmes, en tant qu'individualités « collectives, le concours qui leur serait demandé « et dont ils doivent rester libres de discuter les « conditions. » (*Annuaire*, 1862.)

On a voulu, bien à tort, demander à l'Etat d'interdire l'entrée dans les Sociétés de secours, des membres autres que des ouvriers.

A quel titre pourrait-on empêcher des gens de s'associer, quelle que soit d'ailleurs leur position sociale, qu'ils soient ouvriers ou non, il faut reconnaître à chacun le droit d'agir au mieux de ses intérêts. Mais alors ce ne sont plus des sociétés ouvrières de secours mutuels : ce sont de véritables sociétés d'assurances contre la maladie, ou plutôt contre le médecin. Nous n'avons plus à faire parade d'une philanthropie ruineuse. On cherche à nous exploiter, c'est à nous de nous défendre et nous en avons les moyens.

Les pharmaciens, eux aussi, ont jeté le cri d'alarme : dans l'Assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, du mois d'avril dernier, M. Émile Genevoix s'est fait l'écho des plaintes du corps pharmaceutique : « A voir, dit-il, le progrès que fait chaque jour, et dans toutes les classes de la société, l'Association mutuelle, il n'est pas difficile de conclure que, dans un temps peut-être peu éloigné, tous nos clients libres vont disparaître, surtout dans les grands centres de population. Déjà à Bordeaux, la Société de pharmacie a pris certaines mesures préservatrices ; et si nous nous sommes laissé imposer des tarifs peu rémunérateurs, si nous n'avons pas agi alors qu'il en était temps encore, nous porterons la peine de notre imprévoyance et de notre insouciance.

Nous sommes, nous médecins, bien plus à notre aise, pour parler de ces questions ; c'est nous qui portons le plus lourd fardeau ; il nous appartient de dicter nos conditions et de ne plus en subir.

Nous savons, en effet, qu'en fin de compte, les véritables malheureux ne sont pas les ouvriers en état de payer régulièrement les fameux 13 francs de cotisation, qui leur valent tant de privilèges. Ils trouvent bien les moyens de payer au moins 18 francs pour la lecture de leur journal quotidien. Nous sommes bien éloignés de les désapprouver. Mais ce qui nous étonne, c'est qu'il soit alors si difficile, pour équilibrer le budget des sociétés autrement qu'à notre détriment, de relever la modeste cotisation des sociétaires. celle-ci leur assure, le *médecin*, les *médicaments* et une *indemnité* journalière du chômage occasionné par la maladie. On conviendra que c'est beaucoup et qu'il est dur pour nous de faire tous les frais de la guerre.

Il devient donc bien évident qu'il faut rompre avec le passé et nous donner la main pour nous soutenir dans l'avenir ; car, la déplorable situation qui nous est faite, nous avons contribué à la créer par notre esprit d'égoïsme et d'indiscipline que nous cachons sous les noms d'indépendance et de liberté. C'est en poursuivant chacun isolément le triomphe de sa personnalité, c'est en repoussant avec dédain toute direction, c'est enfin en refusant *de sacrifier une faible portion de nos propres intérêts à l'intérêt général*, que nous avons favorisé l'amoindrissement de notre profession. Il ne faut pas se le dissimuler, l'extension prodigieuse des sociétés de secours mutuels est peut-être, de tous les dangers qui nous menacent, le plus redoutable au point de vue de notre droit à l'existence.

Nous examinerons, en conséquence, ce que doit faire : 1° le médecin qui n'a pas de sociétés de secours mutuels dans sa région ; 2° celui qui est englobé dans cette organisation ; 3° celui qui se trouve en présence d'une société en formation.

Nous voulons formuler des règles pratiques. Il nous suffira d'avoir montré les écueils et permis à quelques-uns des nôtres de les éviter.

Nota. — Les principaux éléments de cet article ont été empruntés aux comptes-rendus des rapports faits à deux des sociétés locales les plus progressives et les plus militantes (société du Calvados et de Seine-et-Oise), par MM. Bibard (de Pontoise), et Henry Marais (de Honfleur). Nous pouvons ajouter que les mesures prises en conséquence de ces rapports n'ont pas été stériles. Elles ont rétabli les situations sur un pied acceptable quant à présent.

II

M. le Dr Perrineau nous écrit qu'il a obtenu du directeur de son département, la faculté d'expédier sous enveloppe ouverte à 5 centimes, la note d'honoraires formulée comme ci-dessous.

M.

J'ai l'honneur suivant l'usage de vous envoyer pour l'année 18 , la note de mes honoraires, en vous priant de vouloir bien en régler le montant.

Visites médicales	»	»
Fourniture de médicaments...	»	»
Total....	»	»
Reçu....	»	»
Reste dû....	»	»

Nous avons pris nos informations et voici la lettre qui fixe la législation sur la matière :

Monsieur le directeur du *Concours médical*,

Les lettres de réclamations d'honoraires semblables à celles du docteur Perrineau, que vous m'avez communiquée et que je vous renvoie ci-jointe, sont des correspondances personnelles.

Alors même qu'elle seraient entièrement imprimées et ne contiendraient aucune addition manuscrite, elles ne pourraient être rangées dans la catégorie des circulaires générales, auxquelles l'art. 9 de la loi du 25 juin 1856, a réservé un tarif de faveur.

Cette question déjà portée devant les tribunaux, a été tranchée par deux arrêts de la Cour de cassation dont je vous communique le texte.

La Chambre des députés en a elle-même été saisie, lors de la discussion, au mois de mars 1878, du projet de loi sur la réforme postale.

M. Noirot, député de la Haute-Saône, avait proposé un amendement tendant à faire profiter du tarif réduit « les formules imprimées adressées à des débiteurs et contenant une invitation à payer. »

Cet amendement a été rejeté par la Chambre.

Les lettres de réclamations à des débiteurs ne peuvent pas d'ailleurs, être assimilées à de simples factures, comme le pense le docteur Perrineau.

Les factures rentrent dans la catégorie des papiers d'affaires, qui comprend tous les documents dépourvus du caractère de correspondance actuelle et personnelle. La facture qui n'est qu'un relevé de compte, sans correspondance aucune, peut seule être admise à circuler comme papiers d'affaires, au prix de 5 cent. sous enveloppe ouverte.

Il en serait de même d'une note d'honoraires, si tout ce qui est correspondance en était retranché.

Ainsi, pour ce qui concerne particulièrement les notes de M. Perrineau, elles auraient droit au tarif de 5 centimes, si elles étaient ainsi libellées :

Doit M........

Visites médicales............	»	»
Fourniture de médicaments...	»	»
Total....	»	»
Reçu....	»	»
Reste dû....	»	»

Pour le ministre des Postes et des Télégraphes
L'Administrateur.

VARIÉTÉS

La presse anglaise.

Chargé par le directeur du *Concours médical* de faire, pour mes confrères, la revue des journaux scientifiques écrits en langue anglaise, c'est-à-dire ceux qui se publient dans les Iles Britanniques et dans l'Amérique septentrionale, je vais commencer, en attendant que le service des échanges soit complètement organisé et nous fournisse ample matière à revue, par essayer de donner à nos lecteurs un aperçu, une sorte de vue d'ensemble, de cette presse anglaise sans rivale dans le monde entier.

En ce moment, il se publie dans toute l'étendue du territoire des Iles Britanniques, environ deux mille neuf cents journaux ou publications périodiques. Ce chiffre, énorme pour une population qui n'atteint pas trente millions d'habitants, se décompose ainsi :

Journaux divers.......	1,986
Publications périodiques (Revues, magazines, etc.)	911

Londres, pour sa part, édite 514 journaux et 660 revues ou publications périodiques diverses, soit un total de 1,174 pour une population de deux millions 800 mille habitants. Le prix des journaux varie de cinq centimes à 2 fr. 50. Les journaux à un sou sont au nombre de 131. Les revues ou publications périodiques à un sou sont un peu plus rares ; on n'en compte que 61. Une revue à un sou !.. Pour nous, Français, habitués à considérer comme type de toutes les revues présentes et futures l'éternelle et monotone *Revue des Deux Mondes*, nous ne pouvons guère nous figurer ce que peuvent être ces revues à un *half penny*. Eh ! mon Dieu, ce sont tout simplement des publications de propagande morale ou religieuse, comme le *Norfolk Echo*, tout récemment fondé pour prêcher la tempérance, ou l'*Old Paths*, revue chrétienne mensuelle. Voici même pour les enfants des revues illustrées, *My little friend* (mon petit ami), *My sunday friend* (mon ami du dimanche), qui publient tous les mois des histoires religieuses, des causeries, des poésies. L'immense majorité des journaux et des revues se vend un penny, soit dix centimes. Il y a 1063 journaux à un penny, et 307 revues ou publications périodiques. On trouve trois journaux à 2 fr. 50, parmis lesquels la « *Wine trade Review*, » organe des marchands de vins. Certaines publications périodiques atteignent le prix considérable de six shillings (7 fr. 20). Elles sont au nombre de 12, toutes éditées à Londres et comprennent des cahiers de musique, des revues scientifiques, et des magazines illustrés.

Enfin on compte 30 journaux qui sont distribués gratis : point n'est besoin de dire que ce sont des feuilles d'annonces ou de propagande.

La presse anglaise peut se prévaloir d'une antique origine : certains de ses organes comptent plusieurs siècles d'existence. La « *London Gazette*, » qui date de 1665, est l'aînée de notre *Gazette de France*. Le « *Times*, » le plus connu des journaux quotidiens, a paru en 1788, le « *Morning Post*, » en 1772.

On conçoit qu'avec une telle abondance de journaux il n'est point de profession qui n'ait son organe, point d'opinion, de besoin ou de fantaisie qui ne trouve satisfaction. Les antivivisectionistes,

— ceux-là même qui trouvent tout naturel de poursuivre sans merci le timide chevreuil et de le faire dévorer vivant par leurs chiens, ceux-là même pour qui la curée est un délassement de grand seigneur, — s'apitoient sur les tortures que les médecins font subir aux grenouilles ou aux lapins, et fondent un journal, — que dis-je ! trois journaux, — pour appeler sur nous la rigueur des lois, et nous signaler à la vindicte publique !... Certain médecin des hôpitaux de Paris doit se souvenir des tracasseries qu'il eut à subir en Angleterre, il y a peu d'années, pour avoir répété en public quelques expériences sur des chiens.

Les exercices de sport, très en honneur de l'autre côté du détroit, sont représentés par une dizaine de journaux. Le vélocipède seul suffit à alimenter trois feuilles. Les journaux financiers sont relativement peu nombreux ; je n'en relève que trente-deux. En France, au contraire, leur abondance est telle, que depuis un an environ, j'en ai reçu quarante-deux différents, à titre de prospectus. Les publications, destinées aux enfants et à la jeunesse, sont extrêmement nombreuses : il y en a pour tous les âges ; et les Anglais ont conservé une telle supériorité dans ce genre, que tout récemment, un grand éditeur de Paris, en fondant le *Saint-Nicolas*, a pris modèle sur un de leurs journaux.

La médecine compte une trentaine de journaux. Toutes les sciences ou branches de sciences ont leurs organes particuliers. Nous trouvons des journaux d'entomologie, de botanique, de conchyliologie, de géologie, d'histologie, d'ornithologie, etc., etc. Tous les corps de métiers, toutes les professions, ont une ou plusieurs gazettes. Les chiens même ont leur moniteur officiel ; *the Kennel Chronicle* (La chronique du chenil !...) qui, dès la première page, leur recommande les biscuits à la viande de Chamberlin comme la meilleure nourriture. J'y lis encore sous le titre de *Chronique canine* l'annonce d'un chirurgien spécialiste dont les honoraires de consultation sont un peu plus élevés que les nôtres. Assurément, dans cet heureux pays, les chiens sont généreux et paient sans se faire tirer l'oreille !...

Je viens d'esquisser rapidement, et comme à vol d'oiseau, le panorama de la presse anglaise dans une vue d'ensemble. Pour atténuer la sécheresse de ce croquis, j'ai essayé d'en faire entrevoir, çà et là, les côtés pittoresques ; certes, il y aurait encore bien des choses intéressantes à dire, bien des détails piquants à révéler. Mais je ne puis y insister davantage et je dois parler maintenant de la presse médicale, qui nous touche plus direcctement.

En général, les journaux de médecine anglais et américains sont fort bien faits. Pour ma part, je les considère comme des modèles. On pourrait leur reprocher d'être trop compactes ; en effet, beaucoup d'entre eux, publient, chaque semaine, de quarante à cinquante pages de texte en petit caractère ; mais le lecteur n'est pas obligé de tout lire. La table des matières est en tête du journal, immédiatement au-dessous du titre, et cette table, parfaitement classée, d'une bonne exécution typographique, permet de faire immédiatement son choix au milieu de la quantité considérable d'articles qui composent le numéro.

A la fin de l'année, la collection du journal constitue une mine précieuse où l'on trouve des documents sur toutes les questions : l'on peut dire qu'il y a des questions qui y sont traitées à fond. Par exemple, on pourrait écrire une histoire complète de la fièvre typhoïde avec les innombrables documents dispersés dans les dix dernières années du *Medical Times and Gazette*.

Le caractère impersonnel de ces journaux est très-évident : ce sont véritablement des tribunes ouvertes à tous, où se produisent les opinions les plus diverses, et quelquefois les plus contradictoires. La correspondance entre le journal et ses lecteurs est toujours fort active, et c'est précisément cet échange continuel d'idées entre le public et la presse qui donne à cette dernière une puissante vitalité. Cette correspondance, perpétuelle et variée, nous montre le journal lu attentivement, remuant les idées, stimulant les intelligences, attisant sans cesse le foyer cérébral. En France, cette coutume s'implante difficilement : derrière le journal il y a toujours un homme qui représente une doctrine ou un intérêt, et qui ne souffre pas volontiers la critique ou la contradiction.

Outre la correspondance générale, qui concerne les articles publiés dans le journal, les Anglais et les Américains pratiquent beaucoup, d'une façon très-large, ce que nous appelons en France la petite correspondance. La petite correspondance, on le sait, était l'apanage presque exclusif des journaux de modes : peu à peu elle s'est glissée dans les autres journaux et, réelle ou fictive, on la retrouve actuellement dans la plupart des publications périodiques et même dans plusieurs journaux quotidiens — *le Petit Journal*, par exemple. — La correspondance des grands journaux de médecine anglais, *The Lancet*, *The Medical Times and Gazette*, est très-fournie et contient une foule de renseignements intéressants. L'histoire, la littérature, les sciences, la statistique y sont tour à tour et quelquefois simultanément mis à contribution. On ferait une encyclopédie avec les matériaux qui s'y trouvent jetés pêle-mêle. On y retrouve aussi de curieux détails sur les personnages en vue ; des renseignements techniques et d'excellents conseils.

Voici, par exemple, un correspondant qui demande combien il y a eu de cas de suicide l'année précédente. On lui répond : qu'il y en a eu 1,455, dont 1,057 hommes et 398 femmes. Un autre s'informe de la quantité de viande que Londres consomme chaque semaine. Un médecin écrit pour soumettre à l'appréciation du journal une question de déontologie, toujours pendante, quoi qu'elle ait été bien souvent résolue. Est-il convenable de refuser de se trouver en consultation avec un confrère sous prétexte que l'on ne croit pas à l'opportunité de cette consultation ? Certainement non, répond le journal. On ne doit jamais se soustraire à une consultation avec un confrère régu-

lier, à moins de graves raisons morales ou personnelles. Un curieux demande ce que fait le fils de feu M. Nélaton. Il étudie la médecine, lui dit-on : il a vingt-deux ans et vient de passer avec succès son premier examen (C'était en 1873).

Il me serait facile de multiplier ces exemples : mais les précédents suffisent pour donner une idée de la variété des sujets abordés dans cette correspondance familière. Dans ces grands journaux, toujours sérieux et un peu guindés, on écarte tout ce qui pourrait avoir un caractère choquant ou simplement ridicule. Il n'en est pas de même dans des feuilles plus modestes. Je me souviens parfaitement avoir lu dans un journal de médecine anglais ou américain, une question ainsi conçue : « Un monsieur de mes amis intimes a eu le malheur de perdre son testicule droit : il désirerait savoir par l'intermédiaire de votre journal s'il est encore apte à la reproduction ?... »

On se plaint généralement en France que les journaux anglais se prêtent peu à l'échange. C'est incontestable, et certains d'entre eux, tels que *The Lancet, The medical Times*, sont d'une parcimonie inexplicable. Je connais un journal anglais hebdomadaire qui, faisant l'échange avec une revue française mensuelle, lui adressait un numéro tous les mois. C'était un échange... de papier.

Les Américains sont, d'après mon expérience, beaucoup plus larges, et quelquefois même très-généreux, envoyant de magnifiques publicatious ations illustrées en échange d'une simple feuille. Ils sont aussi très-attentifs à tout ce qui se publie chez nous, et parmi beaucoup d'exemples que j'en pourrais citer, je choisis le suivant, qui est assez curieux, vu le peu d'importance de la chose en elle-même. Un journal américain racontait un jour qu'un médecin du Colorado avait trouvé un nouveau moyen de réduire les hernies : c'était de faire éternuer ses malades. En signalant dans un journal français cette plaisante méthode, j'ajoutais que le journal en question me paraissait avoir la spécialité des articles facétieux. Dès le numéro suivant le journal américain relevait cette réflexion, et me répondait que nous avions publié quelque temps auparavant une certaine histoire d'épingle avalée et rendue par l'oreille qui était pour le moins aussi plaisante !....

Nous espérons que les éditeurs des journaux anglais se départiront en faveur du *Concours Médical* de leur indifférence habituelle, et qu'ils imiteront l'exemple du *Bristish Medical Journal* et de quelques autres feuilles anglaises.

En terminant je dois dire à mes confrères et lecteurs, qu'à l'exemple des journaux anglais, je me tiens à leur disposition pour tous les renseignements que je puis être à même de leur fournir.

Dr MARSH.

N. B. — Les chiffres et renseignements donnés dans le courant de cet article sont rigoureusement exacts : je les ai puisés directement dans le *May's Bristish et Irish Press Guide* pour 1880, et j'ai quelque raison de les croire inédits.

CORRESPONDANCE

— Dr P., à E., 23 septembre.

Vous dites : « *Abonné dès la création du* Concours, *je vous remercie de m'avoir inscrit participant. Mais pourtant je désire continuer à payer mon abonnement.* » Croyez que nous savons apprecier à toute sa valeur cette preuve de solidarité intelligente. Elle est absolument facultative : nous ne la sollicitons pas. Mais nous songerons à trouver une organisation qui nous permette de témoigner à ceux qui procèdent comme vous, qu'il sera au pouvoir du *Concours* de ne point laisser leur acte stérile dans l'avenir.

— M. G., médecin, à Ch. (Aisne), 22 septembre.

« *Aucun recueil, à mon avis, n'est appelé à rendre, dans l'avenir, plus de services aux intérêts professionnels des médecins que le* Concours Médical. *Je vous adresse mon adhésion qui, quoique tardive, n'en est pas moins absolue.* » Nous nous efforçons chaque jour, de répondre aux désirs qu'on nous exprime. Le temps est l'élément indispensable pour ce que nous voulons mettre en pratique.

— Dr C., à A. (Pas-de-Calais).

On vous a fait l'envoi réclamé et vous êtes inscrit.

— Dr L., à B., 22 septembre.

Nos remerciements pour votre envoi. On vous a adressé le numéro.

— Dr M., 648.

Nous répondrons prochainement aux divers points que touche votre lettre. Oui, vous aurez iucessament un fournisseur pour les instruments d'optique.

— Dr Ch., à B. (Gironde). — M. R., étud. à B. (Gironde). — Dr G., à Ch. (Aisne). — Dr P., à P.-V. (Pyrénées-Orientales). — Dr A., à A. (Creuse).

Votre inscription est faite.

— Dr Z., Paris, 27 septembre.

Nous avons eu la visite de M. R., qui nous a remis votre lettre. Votre recommandation sera un des motifs les plus sérieux de l'examen auquel on procédera.

— Dr P., à B. (Yonne).

Votre lettre a été adressée le 28 courant à M. G., qui est en déplacement en Savoie. Vous avez dû recevoir la satisfaction qui nous importe à tant de titres pour l'avenir, si nous voulons faire des choses sérieuses.

— Dr D., à D., 25 septembre.

Votre intéressante lettre sera un des éléments de nos prochaines communications à nos adhérents.

— Dr L., à C. (Meurthe-et-Moselle), 28 septembre.

M. D. est inscrit. Nous serons heureux de sa collaboration. On vous écrira la liste des membres de votre département.

— Dr B., à F. (Belgique), 28 septembre.

Un de nos confrères s'est chargé du travail dont vous parlez. Mais les extraits de ceux de Belgique, seraient bien venus, sous une forme très-abrégée.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 41 9 octobre 1880

SOMMAIRE :

A l'Académie de Médecine, la discussion s'est engagée sur la communication de M. Bouley. Nous en rendrons compte à l'aide du bulletin et lorsqu'elle sera close.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Nous croyons devoir résumer pour nos lecteurs les trois intéressantes leçons de M. Gallard, le savant médecin de la Pitié, sur le traitement de la métrite chronique. Nous y joindrons, avec quelques réflexions personnelles, le mode de procéder des autres gynécologistes.

Le traitement de la métrite chronique est général et local.

On a cherché d'abord à agir sur l'utérus chroniquement enflammé, modifié dans sa vitalité, troublé dans son jeu physiologique, par une médication générale. On a fait appel aux antiphlogistiques, puis aux altérants et aux fondants, et enfin aux dérivatifs et aux révulsifs.

Antiphlogistiques. — Si la nature inflammatoire de la maladie permet de songer aux antiphlogistiques dans le traitement de la métrite chronique, l'étude clinique de cette affection nous apprend avec quelle excessive réserve nous devons user de semblables moyens. On voit souvent, en effet, succéder assez rapidement l'anémie du tissu utérin et l'atrophie de ses vaisseaux sanguins à la congestion et à l'hypervascularisation qui avaient marqué le début de cette maladie, et cette anémie ne reste pas limitée au tissu malade dans tous les cas sans exception, on ne tarde pas à voir se produire une débilitation profonde de l'organisme, s'accompagnant d'un état chlorotique souvent fort grave.

On n'a pas manqué de conseiller la saignée générale. Tout le monde est, du reste, aujourd'hui d'accord pour reconnaître que les saignées générales, abondantes, déplétives, sont, non-seulement inutiles, mais même nuisibles dans cette maladie.

Parmi les antiphlogistiques on doit placer le bain; le bain tiède, un peu prolongé, qui a pour effet de diminuer la température et de faire baisser le pouls. C'est, en même temps, un excellents sédatif, qui contribue, à la fois, et à faire diminuer les douleurs, et à calmer l'excitation nerveuse qui fatigue tant les malades, et se produit lorsque surviennent les poussées inflammatoires, si fréquentes dans le cours de la métrite chronique, surtout aux approches des époques menstruelles. Il ne s'agit ici que du bain simple, dans lequel on peut mettre unpeu de son, à titre d'émollient, ou qu'il est plus facile de rendre plus calmant en y ajoutant une infusion de fleurs de tilleul ou de feuilles d'oranger.

M. Gallard prescrit souvent des bains simples tous les deux ou trois jours, en recommandant de les prolonger pendant une heure et même davantage; leur action antiphlogistique ne peut être obtenue qu'à la condition de les donner aussi prolongés et rapprochés.

Altérants et fondants. — La médication altérante est certainement celle qui, logiquement, paraît le mieux indiquée dans une maladie caractérisée anatomiquement par une modification de texture, due à l'exubérance d'un dépôt plastique, organisé au sein des tissus de l'organe malade et déterminant l'augmentation de son volume. On

peut, en effet, espérer qu'un agent qui provoquerait la résorption des éléments morbides surajoutés laisserait intact le tissu sain et ramènerait l'organe malade à son état d'intégrité primitif. A ce point de vue, les altérants et les fondants doivent avoir une action plus efficace que les antiphlogistiques. Mais comme la médication antiphlogistique, la médication altérante a ses inconvénients et même ses dangers, et il y aura rarement lieu d'appliquer la médication générale altérante avec une certaine rigueur; car on ne pourrait obtenir une modification un peu notable de l'utérus malade qu'à la condition de produire dans tout l'organisme une perturbation dont l'effet désastreux ne serait que fort rarement compensé par l'amélioration minime obtenue.

En tête de la liste des médicaments altérants se place le tartre stibié. On l'a préconisé dans le traitement de la métrite, en recommandant de le donner à dose rasorienne, c'est-à-dire de 30 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 120 grammes. C'est surtout dans la métrite puerpérale qu'il a été expérimenté, et les succès qu'on lui a attribués ont toujours paru contestables; aussi M. Gallard n'y a-t-il pas recours, même lorsqu'il s'agit de cette forme tout-à-fait suraiguë de l'inflammation utérine.

Les mercuriaux ont une action tout aussi énergique et certainement moins douteuse. On les a administrés à l'intérieur et à l'extérieur.

A l'intérieur, le calomel à dose fractionnée, soit 1 décigramme, mélangé à 3 ou 4 grammes de sucre en poudre, pour rendre son fractionnement plus facile, et divisé en vingt paquets, que l'on fait prendre d'heure en heure, détermine trop rapidement la salivation pour qu'il y ait possibilité d'en continuer l'usage pendant plusieurs jours; et alors son action thérapeutique est insuffisante, car il n'a pas le temps d'agir sur le tissu même de l'utérus.

Les pilules bleues, dont on fait un si fréquent usage en Angleterre, et qui sont composées de mercure métallique; le bichlorure de mercure donné, soit seul comme dans la liqueur de Van Swieten, soit associé à la ciguë et sous forme de pilules, comme West le conseille, ont le même inconvénient, mais à un moindre degré, ce qui permet de les continuer plus longtemps à titre de fondants; surtout si l'on a soin de favoriser la tolérance en administrant simultanément le chlorate de potasse.

A l'extérieur on emploie l'onguent napolitain, soit en frictions sur les cuisses, les aines, les aisselles et même le ventre, pour provoquer son absorption, et, par suite, obtenir un effet identique à celui que produisent les préparations mercurielles prises par la bouche. Il est surtout utile lorsqu'une poussée inflammatoire a lieu du côté du péritoine, et alors ce ne sont plus des frictions qu'il faut prescrire, mais simplement une onction, en étendant l'onguent en couche épaisse sur l'abdomen. Comme la douleur est alors excessivement vive, on associe au mercure un narcotique, l'extrait de belladone.

M. Gallard se sert assez souvent de l'onguent mercuriel associé au cérat pour panser les vésicatoires volants qu'il fait placer sur l'abdomen, dans le cours de la métrite chronique; et, soit en raison du peu d'étendue de la surface absorbante, soit en raison du peu de durée de son emploi, qui, en pareil cas, n'est jamais plus de quatre à cinq jours, il n'a jamais vu survenir de salivation.

A l'action du mercure, celle de l'iode et de ses composés, qui est à la fois, et infiniment moins problématique, et beaucoup plus facile à limiter, doit être préférée.

L'iode est employé à l'état de métalloïde sous forme de teinture alcoolique. On l'administre souvent à la dose de six à douze gouttes, dans un julep gommeux, dont on continue l'usage pendant huit ou dix jours chaque mois. On choisit, pour le prescrire, le moment de l'apparition des règles ou de l'époque présumée de leur retour, car c'est dans les cas où la métrite chronique s'accompagne de dysménorrhée ou d'aménorrhée qu'il réussit le mieux. On l'avait considéré comme un emménagogue, mais il ne l'est que par la façon avantageuse dont il agit sur le tissu utérin induré, dans la deuxième période de la métrite chronique. La même action est, du reste, produite, quoique à un moindre degré, par les autres préparations iodurées et en particulier par l'iodure de potassium ou par l'iodure de fer. On administre l'un ou l'autre à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes par jour, et cela pendant une vingtaine de jours, au bout desquels on laisse la malade se reposer une semaine ou deux, avant de revenir à ce médicament, dont l'usage doit être ainsi prolongé pendant plusieurs mois.

Au nombre des altérants on a rangé la ciguë, dont l'action est absolument nulle dans le traitement de la métrite chronique.

Le seigle ergoté est un excellent médicament qui est fort utile dans le traitement de la métrite chronique; mais à cette double condition, et qu'on l'administrera dans la première période de la maladie, alors que l'utérus est mollasse, gorgé de

sang ou de sérosité, et qu'on ne le donnera pas dans tous les cas où il y a inflammation de la muqueuse de la cavité du corps, en même temps que du parenchyme, car alors des douleurs assez vives seraient la conséquence inévitable des contractions qu'il solliciterait dans le tissu de la matrice. Ces contractions sont, en effet, la condition essentielle du succès de ce médicament. C'est en excitant la vitalité du tissu propre de l'utérus qu'il agit ; et, sous l'influence des contractions qu'il sollicite, on voit l'organe se réveiller en quelque sorte et reconquérir sa tonicité. La circulation, un moment ralentie dans les vaisseaux, reprend son cours régulier ; les exsudats qui devaient donner lieu à la production du tissu lamineux interstitiel, n'ont pas le temps de se former, ou sont immédiatement résorbés, et il n'est pas rare de voir la métrite chronique se guérir, sans arriver à la deuxième période, lorsque l'on a la bonne fortune de pouvoir administrer le seigle ergoté à temps, et que l'on ose le continuer avec une persistance suffisante.

On peut l'administrer de plusieurs façons. Tantôt on le donne seul, en poudre, par paquets de 25 centigrammes ; tantôt ou en fait des pilules. On peut l'associer, soit au carbonate de fer, soit à la poudre de colombo, ou de cannelle ; M. Gallard fait souvent des paquets de 50 centigrammes, contenant de 20 à 25 centigrammes de seigle ergoté et 25 ou 30 centigrammes, de l'une ou de l'autre des trois substances précédemment indiquées, ou même de ces trois poudres mélangées à parties égales, et il donne de un à deux de ces paquets chaque jour. On les continue pendant huit à dix jours, pour les interrompre ensuite pendant un temps égal, sauf à revenir plus tard ou à les remplacer par des pilules dont voici la composition :

Pr. : Ergotine.............. } ââ 5 grammes.
Carbonate de fer....... }
Extrait gommeux d'opium. 25 centigrammes
Mêlez : f. s. a. 50 pilules ; en prendre 4 par jour.

L'ergot de seigle ou l'ergotine doivent toujours être suspendus lorsqu'après leur administration il survient des coliques un peu persistantes et douloureuses, dues aux contractions utérines sollicitées par le médicament, et qui ont pris alors plus d'intensité qu'il ne le faudrait. Il convient également d'en arrêter l'usage lorsque l'écoulement sanguin, qui se manifeste souvent pendant les jours qui suivent son administration, a complètement disparu ou notablement diminué.

Les alcalins ont, à titre d'altérants, leur place dans le traitement de la métrite chronique. On ne les emploie guère à l'intérieur que sous forme d'eaux minérales, prises à la source ; et alors non-seulement on associe toujours au traitement interne le traitement externe par les bains ou par les douches, mais même c'est ce dernier qui a la prééminence. On se contente maintenant de faire boire quelques verres seulement d'eau de Vals aux femmes atteintes de métrite chronique ; prises à doses modérées, les eaux alcalines n'agissent plus à titre d'altérants ou de fondants, et qu'elles n'ont d'autre effet que de faire disparaître certains troubles digestifs chez les malades dyspeptiques.

Le bain alcalin agit à la fois et comme bain tiède et en raison des principes médicamenteux qu'il renferme. Aussi, pour favoriser cette double action, y a-t-il avantage à mettre l'eau minérale en contact aussi direct que possible avec l'organe malade, et surtout avec une surface muqueuse, mieux disposée que la peau, pour faciliter son absorption. C'est ce qui s'obtient en prolongeant le bain et en faisant pratiquer, pendant sa durée, des irrigations vaginales avec l'eau contenue dans la baignoire Ces irrigations se font facilement au moyen d'un petit entonnoir, terminé par un tube en caoutchouc, auquel est adaptée une canule à injection ordinaire. La canule étant introduite dans le vagin et l'entonnoir fixé à une hauteur de 25 à 30 centimètres au-dessus de la baignoire, on y verse de l'eau du bain, qui, en raison de la différence de niveau, s'écoule naturellement, cela permet à la malade de se donner elle-même, sans le moindre effort, une irrigation aussi prolongée que le bain lui-même.

Les bains alcalins, ainsi administrés, n'ont une action véritablement efficace que dans les premières phases de la métrite chronique, ou plutôt au moment où se fait la transition de la première à la seconde période. Il n'est pas indispensable qu'ils soient pris à la source même, et l'on se trouve tout aussi bien de bains simples additionnés de sous-carbonate de potasse ou de soude.

Les eaux chlorurées sodiques et, en particulier, les bains de sel marin, ou ceux qui sont composés avec des eaux mères contenant, outre le chlorure de sodium, des bromures et des iodures, ont une action un peu plus énergique et conviennent surtout dans une phase plus avancée de la maladie. On doit les préférer aux bains simplement alcalins lorsqu'est arrivée la période d'induration, avec exubérance du tissu conjonctif et diminution du calibre des vaisseaux sanguins.

(A suivre). Dr P.

REVUE D'UROLOGIE PRATIQUE

SUBSTANCES ABSOLUMENT ANOMALES (*suite*).

GLUCOSE. — D'après certains observateurs, la glucose existerait dans l'urine normale : elle ne s'y révèle pas du moins par ses réactions caractéristiques et sa proportion infinitésimale peut être négligée. Il est donc permis de dire qu'une urine sucrée témoigne toujours d'un trouble fonctionnel plus ou moins grave.

La glucose de l'urine $C^6 H^{12} O^6$ est la dextro-glucose identique au sucre de raisin. Sa présence est décélée par les réactions suivantes :

Premier procédé. — L'urine additionnée d'un fragment de potasse, ou d'un peu de lait de chaux, est portée à l'ébullition; il se produit de l'acide ulmique qui donne une coloration d'un brun plus ou moins foncé.

On note en même temps une odeur très-nette de caramel.

Deuxième procédé. — Il est basé sur la propriété qu'a la glucose de réduire les sels métalliques.

On peut additionner l'urine d'un peu de potasse et d'un peu de sous-nitrate de bismuth; par l'ébullition, s'il existe de la glucose, on verra apparaître une coloration noire formée par la précipitation du bismuth métallique.

Plus souvent on se sert des liqueurs cupropotassiques de Fehling et de Barreswill.

Après avoir porté à l'ébullition et filtré pour enlever les principes coagulables et notamment l'albumine, on verse l'urine dans un tube à expériences, on ajoute la liqueur et aussi un petit fragment de potasse.

Il se forme un précipité floconneux, brunâtre — mélange de phosphates et de carbonates terreux — il n'a aucune valeur.

On porte alors à l'ébullition : la présence de la glucose se révèle par une coloration jaune brun due à la précipitation de l'oxydule de cuivre; si l'on prolonge l'ébullition, l'oxydule se déshydrate et la couleur devient plus foncée.

L'oxydule de cuivre est facilement reconnaissable à sa couleur ; ajoutons qu'il est soluble dans l'ammoniaque, dans les acides acétique, chlorhydrique, azotique, etc.

Dosage. — Le dosage peut être fait au moyen des liqueurs cupropotassiques titrées; il peut être obtenu plus rapidement grâce à l'emploi du saccharimètre. Mais ces méthodes sont délicates ou exigent des instruments spéciaux ; nous leur préférons donc le procédé suivant basé sur la fermentation de la substance sucrée.

L'appareil dont on se sert se compose de deux vases A et B; dans le premier on place une quantité donnée d'urine qu'on additionne d'une trace d'acide tartrique et de levûre de bière bien lavée. Un tube de dégagement amènera le gaz dégagé au fond du vase B qui contient de l'acide sulfurique pur.

On laisse environ deux jours, à 35 degrés, l'appareil exactement pesé.

Au bout de ce temps, on le balaye par un courant d'air et on pèse de nouveau; la perte de poids correspond à l'acide carbonique dégagé.

100 parties de glucose anhydre devraient en théorie donner 48,88 d'acide carbonique, mais dans la pratique, on ne trouve que 46,88. La perte de poids devra en conséquence être multipliée par 2,126 pour donner exactement le poids correspondant de glucose (Gautier).

La quantité de glucose contenue dans l'urine est très-variable : tantôt elle est presque infinitésimale, tantôt elle est considérable et peut s'élever à 300 grammes dans les 24 heures.

Claude Bernard a démontré que la proportion de la glucose dans le sérum sanguin devait dépasser 2 pour 1000 pour que l'élimination par le rein fût possible; or, cette proposition anormale peut se rencontrer sous l'influence de deux causes : fabrication exagérée par l'économie ou combustion incomplète dans le système capillaire.

Ces deux causes se réunissent le plus souvent pour produire la glycosurie : il y a donc, comme dans le cas d'albuminurie, une véritable dyscrasie tantôt passagère, tantôt persistante.

On rencontre la glycosurie dans certains cas de phlegmons diffus, d'anthrax, de suppurations abondantes (variole); à la suite de l'éthérisation, des empoisonnements par l'arsenic, le curare, etc.

Elle peut encore s'observer chez les asthmatiques, les malades atteints de pleurésie, de bronchite, de tuberculose pulmonaire; dans certains cas de troubles digestifs, nerveux (épilepsie, éclampsie); quelquefois après des chutes sur la nuque (1); dans le choléra pendant la période de réaction.

Dans tous ces cas, elle n'est d'ailleurs que passagère et généralement peu intense. Il n'en est

(1) On sait que Claude Bernard a provoqué artificiellement la glycosurie en piquant le plancher du quatrième ventricule.

pas de même dans la dystrophie constitutionnelle à laquelle on a donné le nom de diabète : on l'a vu atteindre alors des proportions énormes, on a cité le chiffre de 750 grammes par jour.

Le début du diabète est généralement méconnu, seule en effet, l'analyse de l'urine peut permettre de porter le diagnostic : la difficulté est pour le praticien de songer à l'opportunité de cette recherche. Ce seront donc presque toujours les symptômes généraux ou la polyurie qui mettront sur la voie du diagnostic véritable et la glycosurie constatée ne viendra que confirmer un soupçon plus ou moins fondé.

C'est que la glycosurie, qui figure sans doute au premier rang des symptômes révélateurs, ne constitue pas à elle seule une maladie proprement dite. Comme l'albuminurie, elle n'est que l'indice d'une perturbation fonctionnelle intense de tout l'organisme — et cette manière de voir est confirmée par l'analyse des urines elle-même.

On voit en effet souvent dans l'urine des malades la présence de l'albumine coïncider avec celle du sucre; bien plus on observe souvent un certain balancement entre les deux symptômes, l'albuminurie augmentant quand diminue la glycosurie et réciproquement. Dira-t-on qu'il y a deux affections simultanées ? — La coïncidence serait bien extraordinaire si elles n'ont ensemble aucun rapport.

Il ne peut y avoir qu'une dyscrasie unique se traduisant tantôt par l'un ou l'autre des phénomènes, tantôt par les deux simultanément, selon les conditions diverses internes ou externes, dans lesquelles se trouve le malade.

Quoi qu'il en soit, l'apparition de l'albumine dans le cours d'une glycosurie constituera toujours un phénomène des plus graves et qui jamais ne sera négligé.

La possibilité de la coïncidence, dans une urine, de l'albumine et de la glucose exige quelques précautions dans le manuel opératoire de la recherche de cette dernière substance, l'albumine pouvant par sa présence entraver le phénomène de réduction des sels métalliques. Il convient donc par une ébullition préliminaire de l'urine de coaguler l'albumine, si elle existe, et de s'en débarrasser par le filtrage. On opérera ensuite comme nous avons dit précédemment.

La détermination de la quantité de sucre journellement excrétée par un diabétique est de la plus haute importance pour le médecin chargé de lui donner ses soins. — Est-ce à dire qu'à brefs intervalles il sera contraint de recourir à l'analyse quantitative ? — nullement.

La présence du sucre une fois constatée, il conviendra sans doute de procéder à un dosage sérieux, mais une seule opération de ce genre suffira, et les variations de densité permettent à elles seules de suivre la marche de l'affection. On connaît, en effet, le sens dans lequel les modifications peuvent se produire, il suffira de constater ces modifications : la densité s'élève, la glucose augmente ; la densité s'abaisse, la glucose diminue.

Inutile d'ajouter que l'examen qualitatif avertira des autres changements qui pourraient se manifester dans la composition de l'urine. Enfin restera toujours la faculté de doser rigoureusement par la fermentation.

Matériaux de la bile. — Les matières colorantes de la bile et les acides biliaires se rencontrent quelquefois dans les urines.

Chez les ictériques par exemple on observe de *la bilirubine*, surtout de *la biliprasine* et de *la biliverdine* qui dérivent de la première.

Ces pigments existent seuls lorsque l'ictère a pour origine une altération du sang (*ictère hémaphéique* de Gubler); mais s'il y a eu obstacle morbide ou artificiel à l'écoulement de la bile, les acides biliaires se rencontrent toujours.

Longtemps on a cru que le précipité obtenu dans les urines ictériques par l'acide azotique était de l'albumine : tout le monde sait maintenant que cette substance qui ne précipite pas par la chaleur et qui est soluble dans l'alcool est constituée par des acides biliaires déplacés de leurs combinaisons par un acide plus énergique.

Sans doute on peut dans certains cas d'ictère trouver de l'albuminurie, mais c'est là toujours une complication : l'ictère prend la forme *grave* et l'albumine se rattache à l'état de dyscrasique.

Le mécanisme de l'ictère biliaire est assez connu pour qu'il soit inutile de le rappeler ici : les matériaux de la bile résorbés sont éliminés par le rein, rien donc de plus naturel que leur présence dans l'urine.

L'urine des ictériques est limpide, car les acides biliaires combinés à la soude s'y trouvent sous forme de sels. — Si on traite par l'acide nitrique, on voit se produire deux phénomènes distincts et caractéristiques :

1° Les acides biliaires se précipitent (précipité soluble dans l'alcool).

2° Il se produit au fond du vase une coloration vert-émeraude qui, au bout de quelques instants, se modifie en passant par les couleurs du prisme : bleu, violet, rouge.

Ces colorations sont déterminées par les modi-

fications que subissent eux-mêmes les pigments biliaires et sur lesquelles nous n'avons pas à insister.

Souvent l'examen de l'urine ne fait qu'ajouter un signe de plus aux symptômes banals de l'ictère que la coloration jaune des tissus aura fait diagnostiquer tout d'abord; mais souvent aussi il sera une véritable révélation et donnera la clef de phénomènes qui jusqu'alors auront été obscurs ou seront restés inexpliqués. — Il faut, en effet, pour que la coloration jaune des tissus se montre, que le séjour de la bile dans le sang soit suffisamment prolongé, et il n'est pas rare de voir manquer ce signe révélateur alors que l'urine renferme déjà une notable proportion des matériaux biliaires.

Cet examen permettra donc souvent de prévoir l'ensemble des phénomènes qui vont apparaître, et de diriger contre eux immédiatement une médication appropriée.

S'il s'agit de l'ictère hémaphéique, si les pigments provenant de la dénutrition globulaire ne peuvent en totalité être transformés par la sécrétion biliaire, par suite soit de désordres dans le fonctionnement du foie, soit de la destruction trop rapide des hématies et sont éliminés par le rein, les caractères de l'urine seront sensiblement différents.

Et d'abord l'urine, au lieu de tacher le linge d'une couleur verdâtre, laissera une couleur saumon bien marquée. Traitée par l'acide nitrique elle ne donnera pas de précipité d'acides biliaires, enfin, au lieu de la coloration verte initiale et des colorations successives que nous venons de mentionner, elle présentera une teinte acajou foncée.

Disons en terminant que l'ictère peut être mixte et qu'aux désordres dans les fonctions de la glande hépatique qui se traduisent par l'hémaphéisme peut se joindre un obstacle à l'écoulement de la bile. On trouvera naturellement alors les acides biliaires (parfois aussi de l'albumine) et la coloration prendra la nuance *feuille morte* (mélange des couleurs verte et acajou).

Les ACIDES RÉSINEUX (pinique, sylvique, pimarique, copahivique, etc...) se comportent d'une façon plus ou moins analogue aux acides biliaires : on les retrouve dans les urines combinés à la soude, et, déplacés de leur combinaison par l'acide nitrique, ils donnent un précipité, soluble également dans l'alcool.

On ne les confondra pas avec les acides biliaires, car l'urine ne présentera aucun des autres caractères propres à l'ictère : ajoutons que l'urine aura d'ailleurs le plus souvent une odeur spéciale (térébenthine, copahu, etc...) et que les commémoratifs lèveront tous les doutes qui pourraient subsister.

LIQUIDES PHYSIOLOGIQUES. — Le *sang* se rencontre dans l'urine toutes les fois qu'il y a lésion traumatique de l'appareil urinaire, mais l'hématurie ne vient alors que confirmer le diagnostic déjà porté.

En dehors de ces conditions spéciales l'hématurie sera le signe d'une inflammation aiguë ou chronique des voies urinaires, d'un cancer, de calculs, d'hémorrhoïdes vésicales, etc...

On la trouvera encore dans l'albuminurie aiguë ou dans la forme chronique s'il y a lésion du rein. Enfin survenant, comme complication, au cours d'une maladie, elle indiquera une tendance à la diathèse hémorrhagique, au scorbut.

Chez les femmes, la présence du sang dans l'urine réclamera une enquête spéciale : il faudra de toute nécessité, avant de porter le diagnostic, s'assurer que le sang provient réellement des voies urinaires, le flux menstruel pouvant être une source d'erreurs. Enfin on n'oubliera pas qu'à cette époque l'urine peut elle-même renfermer une proportion de sang notable.

Dans le cas de plaies, de piqûres, la couleur de l'urine est franchement rouge; s'il s'agit de contusions, d'hémorrhoïdes vésicales, la couleur est d'un brun foncé, qui tire même au noir s'il existe un cancer.

Plus souvent l'urine présente la teinte *lavure de chair*; enfin on peut voir rassemblé au fond du vase le sang sous la forme d'un sédiment noir caractéristique.

L'urine chargée de sang donne, par l'acide nitrique, uu abondant précipité d'albumine; quelquefois même on trouve de la fibrine coagulée.

Enfin l'examen microscopique révèle l'existence des globules rouges.

Le *mucus* à l'état pathologique est le plus souvent mélangé au *pus* si le premier domine, il reste en suspension dans le liquide; le dépôt purulent occupe généralement le fond du vase.

L'urine purulente précipite de l'albumine si on traite par l'acide nitrique, ce qui pourrait en imposer ; mais si on traite par l'ammoniaque, les globules purulents se dissolvent, la consistance et la viscosité du liquide augmentent, et bientôt on le voit se prendre en une masse gélatiniforme et filante qui adhère aux parois du vase et tombe tout d'un coup lorsqu'on veut transvaser le liquide.

Le pus dans l'urine dénote toujours une inflam-

mation des voies urinaires et le plus souvent une inflammation chronique.

Tableau synoptique des principales réactions de l'urine

Urine		Réaction	Résultat
Urine trouble		S'éclaircit par l'addition d'acide acétique.	Sels terreux.
		S'éclaircit par la chaleur.	Urates.
		Ne s'éclaircit pas par la chaleur.	Filtrer et recueillir le précipité.
URINE LIMPIDE OU FILTRÉE	Est soumise à l'action de la chaleur.	Se trouble. — Précipité soluble dans l'acide acétique.	Sels terreux.
		Se trouble. — Précipité insoluble dans l'acide acétique.	Albumine.
		Ne se trouble pas. — Brunit par addition de potasse, ou de chaux à l'ébullition. Réduit les liqueurs cupro-potassiques.	Glucose.
	Traitée par l'acide azotique à froid.	Précipité cristallin soluble dans l'alcool.	Urée.
		Précipité non cristallin — En disque au milieu du liquide	Acide urique
		Précipité non cristallin — Au fond du vase ou en suspension dans le liquide — Soluble dans l'alcool.	Acide biliaires ou résineux.
		Précipité non cristallin — Au fond du vase ou en suspension dans le liquide — Insoluble dans l'alcool.	Albumine.
		Dégagement rapide de gaz.	Carbonates.
		Dégagement lent de bulles qui partent du fond du vase.	Acide urique
		Coloration rose de Chine.	Normale.
		Coloration bleuâtre. — La substance bleue se sépare si on traite par l'éther et qu'on ajoute quelques gouttes d'alcool	Indigose ou uro-glaucérine (trouble des combustions).
		Coloration acajou foncé.	Urobiline (hémaphéisme).
		Coloration vert émeraude passant au bleu violet, au rouge.	Bilirubine. Biliverdine, (Ictère biliaire.)
		Coloration feuille morte.	Ictère mixte.
	Traitée par la potasse à froid.	Précipité soluble dans l'acide acétique.	Sels terreux.
		Coloration rouge intense,	Matière colorante du séné ou analogue.
	Traitée par l'ammoniaque à froid.	Précipité facilement soluble dans l'acide acétique.	Phosphate de magnésie.
		L'urine louche antérieurement devient fortement visqueuse.	Pus.

V. SÉDIMENTS URINAIRES.

Nous avons dit plus haut qn'unc urine trouble devait toujours être filtrée et que les sédiments devaient être recueillis pour faire l'objet d'un examen ultérieur.

On peut soumettre ces sédiments à l'analyse chimique ordinaire, mais il est préférable d'employer l'analyse microchimique. On porte donc sur le champ du microscope une petite quantité du dépôt recueillie sur le filtre avec une gouttelette d'eau, ou une goutte de l'urine trouble prise au fond du vase.

Si le *sédiment est cristallin*, il peut être formé par le phosphate ammoniaco-magnésien, l'oxalate de chaux ou l'acide urique.

Le premier est soluble sans l'acide acétique, les deux autres résistent.

L'acide urique se dissout lentement dans la potasse.

Si le *dépôt est amorphe*, il sera formé de phosphate de chaux, d'urates acides alcalins, de carbonate de chaux.

Le carbonate et le phosphate de chaux sont dissous par l'acide acétique, le premier avec effervescence.

Les urates acides disparaissent lentement et sont remplacés peu à peu par des cristaux d'acide urique.

Si enfin le *dépôt a une structure organisée*, le microscope permettra de reconnaître les épithéliums, les spermatozoaires, le mucus, les cylindres urinaires, les globules du sang ou du pus, les microzoaires et les microphytes. Il peut arriver que le sédiment soit un mélange de ces diverses espèces, il suffira alors le plus souvent de déterminer celles qi sont prédominantes.

Nous ne pouvons d'ailleurs que répéter ici ce que nous avons déjà dit : Ce n'est pas d'analyse minutieuse telle qu'on en fait dans les laboratoires qu'il s'agit dans cette étude ; nous n'avons eu pour but que de faciliter l'examen, rapide dont chaque jour nous avons besoin dans la pratique, et cet examen non pas de chimistes, mais de médecins, est, dans tous les cas, largement suffisant : on pourrait souhaiter que ceux dont nous nous déchargeons sur des hommes *soi-disant spéciaux*, fussent conduits avec le même soin et la même exactitude scrupuleuse !

Peut-être en absorbant de si nombreuses colonnes, avons-nous un peu abusé de l'attention des lecteurs du *Concours Médical* : ils nous pardonneront nos longueurs si, comme nous l'espérons, nous avons pu leur être de quelque utilité en publiant cette revue. Dr G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les Sociétés de secours mutuels et les médecins.

Nous avons exposé les griefs du médecin contre les Sociétés de secours mutuels.

Le seul avantage matériel qu'il puisse retirer de sa participation à leur organisation, consiste dans la rétribution qu'il perçoit à échéance fixe. Cette certitude d'un produit en compense-t-elle l'extrême modicité?

Nous ne le croyons pas.

La considération qui s'attache à celui qui rend service à tant de gens, découle-t-elle du sacrifice qu'il a fait, non pas à un individu, mais à une collectivité ?

Nous sommes assurés qu'il n'en est rien. La statistique des récompenses honorifiques réclamées par les Sociétés de secours mutuels elles-mêmes, pour leurs bienfaiteurs, que nous avons énoncée dans le n° 39 du *Concours Médical*, ne fait pas même mention d'un médecin. Nous devons donc constater que rarement les *Sociétés de secours mutuels* s'efforcent de compenser les sacrifices de leurs médecins, par la mise en lumière de leur mérite.

Les Sociétés ne daignent pas nous consulter sur la composition de leur personnel et leurs administrations s'efforcent de nous mettre en rivalité les uns contre les autres, au lieu d'inviter tous les médecins exerçant dans le rayon de résidence de leurs sociétaires, à venir discuter le taux de la rétribution médicale.

Nous sommes obligés de reconnaître encore que le préjugé populaire qui nous fait *passibles d'une réquisition obligatoire*, autre que celle de notre bonne volonté, est partagé par les sociétés de secours mutuels.

En effet, toutes les fois qu'une tentative de résistance à leurs prétentions vient à se produire, les accusations de coalition, d'inhumanité, sont avidement recueillies par la presse locale.

Nous n'avons à tenir aucun compte de ces récriminations passionnées; nous n'avons pas à y répondre.

Les sociétés de secours mutuels sont en très-grande majorité prospères, leur nombre sans cesse croissant est là pour le prouver. Celles qui s'éteignent succombent au défaut d'administration, à l'insuffisance du nombredes membres honoraires, qui préfèrent deveuir participants; à l'insuffisance de la cotisation, et, par conséquent, à la résistance du médecin qui refuse de continuer à jouer le métier de dupe; enfin au taux de l'indemnité de maladie qui n'est nullement en rapport avec la modicité de la cotisation de chaque sociétaire.

Nous concluons en engageant nos confrères à régler leur conduite d'après ces leçons du passé.

Devons-nous favoriser le développement de ces sociétés ?

Oui, si contrairement à l'usage nous sommes admis à discuter, d'une manière efficace, notre salaire et faire valoir nos justes revendications.

Non, dans le cas contraire.

Nous affirmons d'après l'expérience, qu'il serait bien malavisé le médecin qui provoquerait spontanément la création de ces sociétés dans son ressort.

Certes tout serait bien différent si, de droit, le médecin le plus autorisé de la région, le président de la société locale par exemple, était appelé à présider la société de secours mutuels.

Notre passé de dévouement banal, nos sacrifices si bien reconnus dans les conversations particulières, seraient une suffisante garantie que le président de la Société ne chercherait pas à nous faire des rentes sans travail et au détriment de ses administrés.

Hâtons-nous de reconnaître qu'en pratique nous nous trouverons rarement dans des circonstances aussi favorables au juste règlement de nos devoirs et de nos droits.

Comment devons-nous procéder dans les régions où les Sociétés de secours pullulent ?

Deux cas se présentent :

Premier cas. Le fonctionnement de ces Sociétés n'a *pas encore compromis trop sérieusement les intérêts des médecins.*

Dès lors, la seule conduite à tenir consiste à établir une entente entre les médecins des Sociétés et à réclamer une augmentation des honoraires en se basant sur les services passés, l'état prospère de la Société, le renchérissement progressif de toutes choses. Cette augmentation obtenue, servira de base pour les conventions qui pourraient intervenir avec les Sociétés nouvelles en formation dans la région.

Deuxième cas : *Les intérêts médicaux sont absolument compromis;* les Sociétés sont envahies par les participants dans l'aisance; le taux des visites varie de 18 à 34 centimes; ce taux est aussi celui des journées de maladie (*Concours Médical*, numéro 39). Il devient de toute évidence pour les intéressés que leur situation est perdue.

Dès ce moment, ils ont le devoir de se concerter et de refuser absolument leur concours. Les Sociétés de secours mutuels ne peuvent avoir été créées pour la disparition du médecin, puisqu'elles ont uniquement pour but la maladie et ses conséquences.

Une de ces conséquences, même extrême, ne peut être la suppression du médecin, pour cause de famine.

Nous parlons toujours, nous dira-t-on, d'*entente*, de *concert*, de *solidarité*. Eh oui, c'est que ce n'est pas là notre côté brillant. Nous savons qu'il suffit d'une brebis galeuse, d'un confrère trop avisé, qui se dira que la rétribution qui est dérisoire pour quatre ferait bien son affaire,

s'il l'accaparait à lui seul. Il se préoccupera peu que la besogne devienne quadruple; il se promettra d'en prendre à son aise, et visitera ses clients obligatoires à ses moments perdus. Nous savons aussi qu'en présence d'un concert absolu on court le danger de l'implantation d'un nouveau concurrent aux gages des Sociétés.

Mais enfin, lorsqu'on veut la fin, il faut bien vouloir les moyens.

Nous admettons parfaitement qu'à prendre son parti on pourra momentanément perdre quelque chose. On y aura gagné des loisirs; on réduira les dépenses que nécessitaient les corvées journalières, imposées par la situation rejetée. On retrouvera, comme compensation, des clients qui s'abstenaient de recourir au médecin toujours en courses, et nous savons que lorsque on voudra faire son compte, on n'aura rien perdu.

Quand nous abordons de tels sujets, et que nous semblons faire bon marché des sentiments de générosité, qu'on veuille bien ne pas se méprendre sur nos intentions.

Oui, nous ne répudions aucun de nos devoirs. Mais on en a fait la mesure trop large. Une profession qui ne comporte plus l'aisance, pour le plus grand nombre de ses membres, est une profession condamnée, si elle ne se modifie. Puisque nous sommes deux mille médecins en France, dont on pourrait bien se passer, apprenons à nos jeunes et futurs confrères qu'ils ne doivent pas se bercer d'illusions.

Nous avons déjà remarqué d'ailleurs, que ceux-ci ne sont plus dans les mêmes dispositions que leurs anciens et qu'ils prétendent vivre largement de leur travail. C'est plutôt pour eux que nous faisons nos doléances, que pour le vieux praticien, meurtri de toutes les façons, et qui a dépensé, dans sa lutte quotidienne contre les difficultés de son existence, l'énergie qui lui serait nécessaire pour se refaire une place au soleil.

Que les jeunes s'entendent; qu'ils soient certains que toutes les mesquines concessions que leur suggérerait le besoin, se traduiraient promptement par de nouvelles exigences du public. Ils en seraient les premiers victimes, tout en portant préjudice à leurs confrères. Tout leur savoir-faire ne pourrait compenser l'abaissement moral et matériel qu'ils auraient une fois accepté.

Qu'ils sachent aussi, que se désintéresser des questions professionnelles, avec l'espoir de tirer beaucoup mieux son épingle du jeu, en vivant à l'écart, est pure illusion; que le plus habile verra sonner l'heure où il aura besoin de l'assistance des siens et qu'il lui serait bien dur alors d'être traité en paria. Sans que cela soit très-apparent; les rapprochements intimes qui, depuis vingt ans, se sont établis entre les 7,500 membres de l'Association générale, ont déjà produit leurs effets. Certaines idées générales sont dans l'air; il s'agit de fixer les aspirations et bien inspirés seraient les directeurs de l'Association générale, s'ils fixaient bientôt la date d'un nouveau congrès médical semblable à celui de 1845.

Ce congrès, laissant de côté les questions qui sont du ressort de l'Association générale de secours mutuels, donnerait l'impulsion nécessaire à la solution de l'organisation nouvelle de la médecine.

Il lui appartiendrait de provoquer la formation de ces syndicats dont nos correspondants, attendent tant de solutions.

Nous résumerons dans le prochain numéro les règles que doivent adopter les médecins, dans leurs rapports avec les sociétés.

II

Association du département de l'Oise

Dans sa séance du 26 septembre deux questions ont été résolues.

Première question. L'ingénieur en chef du département désireux d'organiser le *service médical gratuit* des *cantonniers* de son ressort, a eu la bonne inspiration de se mettre en rapport avec quatre médecins délégués par l'Association dans sa précédente séance. On offrait : 1° un franc par consultation et par visite dans le lieu de la résidence ; 2° trois francs cinquante au dehors, dans le ressort de circonscriptions à établir ultérieurement et assez nombreuses pour rendre les déplacements peu onéreux.

Après discussion, l'Association, désireuse avant tout de sauvegarder le principe de ne faire en aucun cas de visites au-dessous du prix de deux francs, a réclamé les modifications suivantes :

1° Consultations ou visites, dans la résidence, 2 fr.

2° Visites aux environs, 3 fr.

3° Suppression des circonscriptions, tout médecin du département étant appelé à prendre part au service.

Deuxième question. L'Association a chargé son président d'informer M. le Préfet de l'Oise que : considérant le service *d'inspection des enfants en nourrice,* comme une charge nouvelle pour le corps médical, elle voulait l'accepter en vue des bienfaits qui peuvent en résulter : mais à la condition que ce service serait réparti autant que possible d'une façon uniforme, entre tous les médecins du département.

Nous ferons observer que, dans ces deux cir-

constances, nous voyons une *Association médicale* en rapport avec des administrations, non plus en sa qualité de *Société de secours mutuels*, mais en qualité de *syndicat*, chargé des intérêts des siens. On remarquera aussi qu'on a sauvegardé des principes essentiels. Nous dirons bientôt les conséquences intéressantes qui, à notre sens, découlent de cette procédure, dans laquelle la collectivité traite au nom des sociétaires.

III

LES ASSURANCES SUR LA VIE

A LA NEW-YORK

Le jeune médecin est tenu de dépenser, à ses débuts, une partie de son avoir. Il doit donc se préoccuper promptement de la nécessité de combler cette brèche. L'assurance sur la vie est seule capable de reconstituer, presque à son insu, sa dot personnelle, celle de sa femme, l'héritage de ses parents, qu'il est aussi tenu de restituer à ses enfants, s'il veutempêcher ceux-ci de déchoir.

Ses dépenses de luxe ne sont pas tellement impérieuses qu'il ne lui soit possible de payer chaque année une prime de 250 à 500 fr.

Pourquoi ne destinerait-il pas les *rétributions fixes* qui, assez souvent, sont un des produits de sa clientèle au paiement de la prime. Il ne peut en faire un emploi plus fructueux; il accomplira alors avec plus de zèle les corvées dont ces émoluments sont le prix. Il parviendra ainsi et presque sans y songer aux résultats pécuniaires si importants que nous avons signalés.

Un jeune médecin de trente ans qui ne pourrait économiser que 242 fr. par an, s'il les oonsacrait à une police d'accumulation de vingt ans à la New-York, assurerait aux siens, en cas de décès avant le terme, 5,000 fr. A l'expiration de ce terme, il toucherait 10,250 fr. environ, ou bien on lui remettrait une police libérée de tout versement ultérieur qui donnerait aux siens, à son décès, 23,875 fr, ou à lui-même une rente viagère de 881,15.

Les tristes constatations de la *Caisse des retraites* de l'Association générale nous prouvent tous les jours que les ressources de l'assurance que nous venons d'énoncer seraient d'un prix inestimable pour le médecin parvenu à la cinquantaine.

A trente ans, malheureusement, on n'a pas coutume d'envisager des horizons aussi bornés, et à cinquante, hélas! les regrets ne sont plus de saison.

IV

B. le 3 septembre 1880.

Monsieur le directeur,

Oui, il serait temps que le médecin trouve un remède à ses misères, une compensation à ses déboires. Exploité par la clientèle, par la justice, par toutes les administrations, j'ai plus d'une fois senti le dégoût m'envahir. Au début de ma carrière, j'ai été nommé médecin du Parquet, j'ai dû y renoncer. Laissez-moi vous raconter le fait suivant. Deux de mes confrères parmi lesquels se trouvait, je crois, M. Ch., l'inspecteur de V.. sont requis pour aller dans la montagne près des sources de la Loire; à peine arrivés, la neige les surprend et pendant cinq jours, ils se trouvent bloqués, cinq jours de séjour forcé, deux jours de voyage; cela faisait un total de sept jours pour lesquels les médecins touchèrent (la distance était environ de 60 kilomètres), 2 fr. 50 par myriamètre. Notez qu'il avait fallu prendre des voitures, des chevaux, avec postillons. Ces messieurs du Parquet, eux, touchèrent sept fois 20 francs. Il leur est, en effet, alloué 20 fr. par jour dans des cas pareils en dehors de leurs appointements. Pourquoi cette différence dans les allocations? Bref, les deux médecins perdirent, en outre, le bénéfice de leur clientèle pendant une semaine

Il me semblerait bien simple d'assimiler le médecin aux membres du Parquet et de lui payer les mêmes frais de déplacement.

J'aurais bien d'autres observations à faire, mais je me réserve pour une autre lettre, J'insisterai seulement sur l'absolue nécessité de nous grouper, de nous entendre sur un tarif *minimum*. Les discussions d'argent sont, pour le médecin, une des choses les plus pénibles et les plus rebutantes, et que de fois, il m'est arrivé de faire abandon de tout honoraire en présence de la mauvaise foi des clients qu'il aurait fallu poursuivre. Les ouvriers sont arrivés en vingt ans à doubler leurs salaires; les produits du sol ont triplé, nous seuls sommes rémunérés comme il y a cinquaute ans. Évidemment cela ne peut durer.

Veuillez agréer, etc. Dr L. G.

V

Je suis attentivement votre chronique professionnelle, nous écrit le Dr L. de P..., et je me hasarderai aujourd'hui à vous en dire un mot.

Notre Société de secours mutuels laisse au malade le choix du médecin qui touche 1 franc par visite ou par consultation; quant aux opérations, nous les taxons au prix ordinaire diminué d'un quart. De cette façon, notre dignité et nos intérêts me paraissent suffisamment sauvegardés.

(Nous exposons dans le précédent numéro et ceux qui vont suivre, les éléments de cette question si importante des Sociétés de secours mutuels. Nous n'avons

donc pas à insister sur l'opinion de notre confrère, qui exprime une situation locale).

Une question plus délicate est celle du recouvrement des honoraires et du *modus vivendi* entre médecins. J'ai toujours cru et je crois utile que nous ayons, soit un syndicat, soit un conseil de discipline analogue à celui de l'ordre des avocats.

Réclamer les honoraires à la fin de chaque année, est certainement le meilleur parti, mais beaucoup ne le feront pas; les uns pour retenir une clientèle qui leur échappe, les autres pour se la procurer ou l'augmenter.

(L'expérience d'un très-grand nombre de confrères, nous a prouvé surabondamment que les craintes exprimées n'ont pas de fondement sérieux. Nous croyons, au contraire, que le moyen le plus certain de s'aliéner une partie de sa clientèle, est de ne point réclamer ses honoraires à une époque régulière. Cette mesure d'ailleurs d'intérêt général, nous la résumons en disant comme le proverbe : Les bons comptes font les bons amis; les jeunes médecins seront tous de notre avis et adopteront notre manière de voir.

Je pourrais aussi vous parler de ce que certains praticiens appellent la tournée, promenades dans le cours de laquelle ils visitent à tort ou à raison, (ceci n'est pas notre affaire) et à des prix dérisoires, tous les clients qui sont sur leur passage.

Il est temps de réglementer la chose, sans quoi la médecine ne sera plus qu'un métier où le succès restera au savoir-faire et aussi à celui qui taxera ses soins au plus bas prix.

(Dès l'instant que le médecin respecte le principe de ne point faire une concurrence de prix; qu'il réclame des honoraires en rapport avec les distances respectives qui séparent le client des diverses localités dans lesquelles résident les concurrents, il lui est parfaitement loisible de faire des tournées régulières. Nous voyons là une économie très-notable de temps. On évite aussi d'être dérangé hors de propos. Le malade s'accoutume à attendre l'heure et le jour de son médecin).

Il faut inspirer au médecin plus de souci de sa dignité professionnelle et du respect qu'il se doit à lui-même. Il faut qu'il comprenne bien que le mal qu'il dit d'un confrère rejaillit toujours sur lui et sur tout le corps médical.

(Approuvé sans réserve. Quelle meilleure vengeance exercer contre son concurrent qui ne craint pas de vous dénigrer, que de dire du bien de lui et de s'arranger de telle façon que l'éloge vienne à sa connaissance).

En attendant que ces préceptes soient entrés dans nos mœurs et fassent partie de l'éducation des jeunes médecins, il est bon que des peines disciplinaires viennent les rappeler à ceux de notre temps qui les oublient facilement.

(Les peines disciplinaires sont impossibles à établir, et par conséquent, les conseils de discipline; nous n'en verrions qu'une : la privation plus ou moins longue de l'exercice de la profession. — Elle aurait de telles conséquences que tout tribunal confraternel se refuserait à y recourir. — La mise en quarantaine suffit. Le confrère indigne passe par cette mesure, au rang des charlatans. Il y en a, grand Dieu, assez pour qu'un de plus ou de moins ne puisse guère nous importer).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Parlons d'abord du *Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau*, basé sur un nouveau traitement, dans lequel M. Charles Brame, professeur à l'école de médecine de Tours, répudiant toutes les grandes et fécondes doctrines des diathèses à manifestations cutanées (herpétisme, arthritisme, etc.), admet « que ces affections sont spéciales à la peau, qu'elles peuvent coïncider avec des maladies diverses, mais qu'elles sont purement et simplement locales et jamais une manifestation d'une diathèse herpétique, arthritique, etc. » Quant à la preuve qu'en apporte l'auteur, elle repose presque uniquement sur cet adage bien connu : *Naturam morborum ostendunt curationes.* Ayant réussi à guérir les diverses affections cutanées par un traitement externe, sans recourir à la médication interne anti-diathétique, il a cru pouvoir conclure légitimement à la localisation du mal, comme si la plupart de ces affections cutanées n'avaient pas une tendance naturelle à disparaître après une évolution plus ou moins longue.

A ceux qui ne sont pas de son avis, l'auteur pourra encore répondre par cette autre maxime : *La fin justifie les moyens* qui, pour blesser souvent la morale, n'en sera pas moins facilement acceptée par la thérapeutique, chaque fois que la guérison succédera aux remèdes employés. Bien que ces idées sur les maladies cutanées aient déjà été émises par Willon, Baron, Pélin, Rochard, on lira cependant avec beaucoup d'intérêt ce livre de M. Charles Brame (1), à cause des résultats importants auxquels il est arrivé par son mode de traitement.

Ceux qui s'intéressent aux maladies épidémiques non endémiques dans notre pays et la prophylaxie qu'elles nécessitent, ne manqueront pas de lire le nouvel ouvrage du Docteur Tholozan intitulé : *la peste en Turquie dans les temps modernes, sa prophylaxie défectueuse, sa limitation spontanée* (2), s'appuyant sur la marche des diverses pestes de Benghozi et des environs et à celles de la Mésopotamie, il montre que cette affreuse maladie est rarement envahissante et qu'elle a une tendance naturelle à se limiter spontanément.

Malgré les quarantaines mal observées et les mesures sanitaires nulles ou tout à fait défectueuses, le fléau est resté localisé, il ne s'est pas étendu parce que c'est le génie naturel de la peste qui passe rarement à l'état de pandémie. Cette conséquence de son étude amène l'auteur à jeter le discrédit sur l'organisation actuelle des quarantaines et des mesures sanitaires.

Le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, que les éditeurs G. Masson et Asselin publient, sous la direction de M. le docteur Dechambre, marche

(1) Un vol. in-8° de pages, avec une planche en couleur. Librairie Savy, boulevard Saint-Germain, 77.

(2) Un vol. in-8° de 255 pages. Librairie G. Masson, Boulevard Saint-Germain, 120.

vers son achèvement. Ce recueil le plus vaste que l'on ait jamais entrepris en médecine, est divisé en quatre séries. La première commençant à la lettre A, comprend actuellement vingt-quatre volumes. La première partie du vingt-cinquième vient de paraître, elle va de *Cystosporis* à *Dalmas*. La deuxième série commençant à la lettre L, est arrivée au tome quatorzième dont la première partie se termine au milieu de l'article *Œil*. La troisième série commençant à la lettre Q, se compose de sept volumes complets. La première partie du huitième finit au mot *Scrotum*. Enfin, la quatrième série possède déjà cinq volumes et demi qui comprennent tous les mots commençant par F.

Ce dictionnaire encyclopédique est connu et apprécié depuis longtemps et son grand mérite, c'est de constituer, à lui seul, une bibliothèque avec laquelle le médecin ne sera embarrassé sur rien de ce qui de près ou de loin touche à l'art médical. Dr A. B.

Chemins de fer de l'Est et de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Voyage circulaire en Suisse.* — Les Compagnies des Chemins de fer de l'Est et de Paris-Lyon-Méditerranée délivrent aux touristes qui désirent visiter une partie de la Suisse, l'Oberland bernois, le lac de Genève, des billets à prix réduits, valables pendant un ou deux mois, avec arrêt facultatif dans les principales localités du parcours, et notamment en Suisse : à Olten, Lucerne, Alpnach, Brienz, Giessbach, Interlaken, Thoune, Berne, Fribourg, Lausanne, Genève.

Cet attrayant voyage peut s'effectuer indifféremment en partant par la ligne de l'Est (Belfort-Delle-Bâle ou Belfort-Mulhouse-Bâle), et en revenant à Paris par celle de Lyon, ou bien dans le sens inverse.

Les billets seront délivrés à tous les bureaux de la Compagnie, à Paris, et aux gares des chemins de fer.

CORRESPONDANCE

— Dr D., à D. (Côte-d'Or), 25 septembre.

Vous dites : « *D'après ce que vous nous apprenez, dans le numéro 28, le* Concours Médical *a franchi heureusement les premières difficultés de son organisation. Je crois que vous allez vous trouver promptement, comme l'Association générale, en face de la difficulté de satisfaire les espérances que vous avez fait naître, donner sans frais, aux fondateurs et participants un journal intéressant; leur avoir procuré des réductions de prix, auprès des fournisseurs; des assurances à des taux plus avantageux que par le passé; toutes ces choses, très-appréciables à mon avis, paraîtront sous peu, insuffisantes à la majorité. Je suis donc comme vous, d'avis d'élargir le cadre du* Concours Médical, etc... »

Que notre confrère se rassure, nous ne craignons pas d'être exposés à ces inconvénients pour plusieurs raisons : 1° Nous ne datons que de quinze mois. 2° L'*Association générale* est obligée de consacrer la plus grande partie de ses ressources à préparer son grand avenir; 3° Le *Concours Médical*, au contraire, se propose de mettre, *chaque année*, la totalité des siennes à la disposition de l'assemblée des adhérents, qui, en disposeront à leur guise, sur nos propositions; 4° enfin nos lecteurs savent bien que ces ressources seront en proportion exacte avec leurs actes de *concours*, sous toutes ses formes, et que, maîtres de leur avenir ils ne pourront s'en prendre qu'à eux-mêmes et non à nous, s'ils n'arrivent qu'un peu tard, à consacrer des sommes considérables à des attributions d'intérêt général.

Nous allons fixer bientôt la date d'une des réunions préparatoires de notre assemblée générale. Ce sera celle-ci qui précisera notre organisation définitive.

— Dr O., à A., 27 septembre.

Selon votre désir, M. R., étudiant, recevra le journal. Qu'il nous envoie son adresse exacte.

— Dr C., à R. (Seine-Inférieure).

Nous vous inscrivons participant et espérons bien que votre concours ne se réduira pas à la lecture du journal.

— Dr M., à D. (Eure-et-Loir).

Ces formules et renseignements ont été adressés aux trois confrères indiqués.

— Dr C., à T. (Aube), 29 septembre.

La New-York vous répondra directement.

— Dr M., à Bordeaux (Gironde), 28 septembre.

Vous dites : « *Si aucun confrère n'est récompensé pour le dévouement professionnel mis au service des Sociétés de secours mutuels, la faute en est uniquement à l'administration. J'en connais un pour lequel douze sociétés ont demandé unanimement une simple médaille pour des services à elles rendus durant vingt ans. Elles n'ont pas reçu de réponse. Des renseignements pris, il résulte que l'administration n'entend pas récompenser des services qui n'ont pas été* entièrement gratuits. *Pour elle, des visites rétribuées près de 0,50 centimes, ne sont pas regardées comme suffisamment désintéressées, puisque* la chaussure est payée. » Nous n'avons pu lire le nom de notre correspondant et le prions de nous donner son adresse exacte.

— Dr G., à T. (Charente-Inférieure), 29 septembre.

Ces assurances de communauté d'aspirations et d'appui réciproque produiront leurs effets.

— Dr A.-M., Paris, 2 octobre.

M. votre fils, docteur en médecine, a tout droit à devenir membre participant. C'est en cette qualité que son inscription est faite, selon votre désir.

— Dr B., à St-M. (Seine), 4 octobre.

Vous dites : « *Un confrère a offert de faire, avec une réduction d'un quart, sur le prix d'abonnement déjà dérisoire que j'étais disposé à accepter avec lui, le service d'une Société de secours mutuels, afin de se l'assurer à lui seul.* » Puisque ce fait, qui n'est pas rare, est déjà ancien, vous devez savoir que votre concurrent n'a pas fait fortune avec ce marché de dupe. Vous n'avez donc eu à déplorer qu'un manque de solidarité et nous vous louons, et vous devez vous louer vous-même, d'avoir mieux compris que votre voisin nos devoirs les plus élémentaires.

— Dr A., à T. (Var), 4 octobre.

Merci doublement, pour le travail et pour l'adhésion du Dr B., qui est inscrit.

— Dr P., à B. (Haute-Loire), 5 octobre.

Nous envoyons votre lettre à l'auteur. On verra pour ce que vous avez en vue.

— Dr V., à St-G., 4 octobre.

La New-York va vous répondre.

— Dr C., à T. (Aube).

Pour une assurance mixte, 20 ans. Accumulation, 20 ans. Capital 12,000 fr.

Prime annuelle, payable annuellement. . . .	597 48
— — — semestriellement. .	621 36
— — — trimestriellement. .	633 60

L'accumulation produirait environ 13,800 fr. Ce serait donc une somme totale approximative de 25,800 fr. que l'on toucherait au bout de 20 ans. (Le capital 12,000 fr. étant toujours payé au bénéficiaire de la police dans le cas où le proposant viendrait à mourir avant la période désignée).

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 42 16 octobre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

La lettre suivante, de M. Pasteur a mis fin à un regrettable incident survenu au cours de la discussion du mémoire de M. Bouley.

« 11 octobre 1880.

« M. le Président,

« L'Académie a été péniblement impressionnée par le tumulte qui a terminé la dernière séance, quand, après la réponse que je lui avais faite, M. J. Guérin a de nouveau demandé la parole.

« Si dans ma réplique, et notamment dans les passages qui ont davantage saisi son attention et celle de l'assemblée, j'ai, dans la vivacité de la discussion, prononcé quelque parole ou appréciation de nature à porter atteinte à la considération de M. J. Guérin, je la retire, et je déclare que je n'ai jamais eu l'intention de blesser notre savant collègue.

« Dans nos discussions, je n'ai jamais eu qu'une préoccupation, celle de défendre avec énergie l'exactitude de mes travaux.

« Agréez, etc. L. PASTEUR. »

Cette lettre, a dit M. le Secrétaire perpétuel, fait le plus grand honneur à la loyauté de M. Pasteur.

— L'académie a élu M. Legouest vice-président en remplacement du regretté Broca.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LEGRAND DU SAULLE

A LA SALPÊTRIÈRE

(*Suite*)

Le délire des persécutions

Fréquence du délire des persécutions. — Au dépôt municipal des aliénés où l'état mental des malades est enregistré avec soin, sur environ quatre mille deux cents individus, sept cents à peu près sont atteints du délire des persécutions. Ce dernier nombre comporte approximativement deux cinquièmes d'hommes et trois cinquièmes de femmes. Cette maladie mentale est donc certainement plus fréquente chez la femme que chez l'homme. C'est de trente-cinq à quarante-cinq ans que l'homme est surtout sujet au délire des persécutions ; il faut aussi remarquer que cette période de la vie est celle des grandes luttes, des labeurs les plus soutenus, des émotions les plus vives, des passions, des ambitions, des déceptions, c'est encore celle où il commet le plus d'excès. Chez la femme, le maximum de fréquence arrive de quarante à cinquante ans, c'est-à-dire pendant la période où elle est plus spécialement soumise à l'influence des affections inhérentes à son sexe.

Au point de vue de la situation de chacun, marié, veuf ou célibataire, on remarque que la moitié des hommes persécutés est célibataire, et que la moitié des femmes vit dans le veuvage. L'état du mariage favorise beaucoup moins le développement des idées de persécution que le célibat chez l'homme, que le veuvage chez la femme. Toutefois la statistique, quelle que bien faite qu'elle soit, ne mérite jamais une confiance absolue.

Beaucoup de ces malades sont héréditaires, mais c'est surtout ici que le fait de l'hérédité est difficile à déterminer, car, en général, les familles mentent quand on les interroge à ce sujet. De prime abord, elles déclarent qu'il n'y a rien, mais quand on cause avec le malade ou les amis, on apprend certains détails qui permettent de reconstituer plus ou moins l'hérédité cérébrale. Si on la cache, c'est qu'il y a des intérêts en jeu (continuation des affaires commerciales, réputation d'un établissement industriel, sauvegarde de crédit, mariage des enfants, etc.). On avoue facilement la phthisie, la fièvre typhoïde, mais on n'avouera pas une affection cérébrale. Celle-ci est, en effet, considérée comme une chose déshonorante, et on la cache.

Je crois donc la part de l'hérédité considérable, mais je ne risquerai même pas une donnée ...

mative à ce sujet. Quand on peut la reconstituer, on s'aperçoit bien vite qu'il y a une part plus grande à faire à l'hérédité maternelle. Ainsi sur mille cas, on en trouve au moins cinq cent quatre-vingts ou cinq cent quatre-vingt-cinq du côté de la mère.

A quoi tient cette proportion plus forte? D'abord on est toujours l'enfant de sa mère. En outre, celle-ci imprègne l'enfant de tous ses sucs pendant la gestation et la lactation. L'influence de la mère est donc prépondérante, environ 3/5 contre 2/5. C'est un détail bon à connaître.

Les *causes* du délire des persécutions sont multiples. Si j'avais à refaire (ce que je ferai peut-être) une nouvelle édition de mon livre sur le *délire des persécutions*, je n'insisterais pas autant sur les causes, tant il est difficile de les bien déterminer. On a invoqué les chagrins prolongés, l'emprisonnement, les pertes séminales, la syphilis, etc. Les Causes sont certaines, mais sont-elles suffisantes? Quelle circonstance étiologique a déterminé l'apparition de la maladie?

Le fait d'avoir pris autrefois du mercure exerce souvent une influence déprimante. Celui d'avoir, de vingt à vingt-cinq ans, été soigné pour une affection spécifique, est une chose douloureuse pour un homme de quarante à quarante-cinq. La vérité est qu'on retrouve assez souveut parmi les causes un fait vrai, tel que la syphiliophobie, le mercure, les affections vénériennes, mais on ne peut dire dans quelle proportion.

En 1869, est arrivé à la sûreté de Bicêtre, un ancien tonnelier de la Côte-d'Or qui était devenu garçon de café à Paris. Il contracte une affection syphilitique dont il ne guérit pas. Aussi retourne-t-il à Dijon consulter le docteur B., qui le soumet à un traitement mercuriel. Il retourne alors dans son pays natal, mais bientôt il se met à voyager et à parcourir le monde.

Au mois de novembre 1808, il est arrêté au palais de Compiègne dans des circonstances mystérieuses. Il était porteur d'un mauvais couteau, et cependant il n'a pas nié qu'il avait le dessein d'avertir l'empereur, de le faire changer de politique et même de le tuer. Ce tonnelier, fils et neveu d'aliénés, racontait que l'origine première de ses pérégrinations, de ses tourments et de ses malheurs devait être uniquement rapportée à la syphilis et au mercure que lui avait fait prendre le docteur B., qu'il lui en avait beaucoup voulu et qu'il avait été sur le point d'aller le frapper chez lui, lorsqu'il avait pris le parti de se diriger sur Campiègne. Je ne sais ce que ce malade est devenu depuis.

La *marche* est lente, très-lente, mais impossible à délimiter d'une façon certaine.

Quand on amène un persécuté, on le fait toujours suivre de son dossier. Malheureusement, on ne peut remonter aujourd'hui à plus de dix ans, à cause de l'incendie de la préfecture de police en mai 1871. Heureusement que j'avais consulté une partie de ces dossiers et que j'ai pu consigner les observations les plus intéressantes daus mon livre sur le *délire des persécutions*.

Ces infortunés écrivent fréquemment des lettres, ils se plaignent au commissaire, au préfet, au ministre, au chef de l'Etat. Six mois après la première lettre, en arrive une seconde, puis une troisième, etc. Toutes ces lettres sont classées. Bientôt on en reçoit une autre où la plainte est plus forte, en la réunissant aux premières, l'employé au courant de cette situation, dit : « Il mûrit ». Un an après, une lettre plus importante arrive encore. On télégraphie au commissaire de police : Voyez tel individu, interrogez-le. Le commissaire fait un rapport. La même chose se répète plusieurs fois, de sorte que lettres et rapports s'accumulent. Aussi, quand l'individu est arrêté (et malheureusement il l'est quelquefois trop tard), y a-t-il six, sept ou huit ans qu'il est soupçonné.

Il y a là, un rouage administratif vraiment merveilleux qui fonctionne ainsi à l'insu du public pour assurer la sécurité des personnes.

La *guérison* est rare, un cinquième ou 20 0/0. C'est un chiffre désolant, mais impossible à modifier. Encore peut-on se demander s'il n'est pas trop fort; ne devra-t-on pas plus tard le réduire à 15 0/0. Le délire des persécutions est un état grave et presque irrémédiable.

Les persécutés présentent quelquefois de légères intermissions pendant lesquelles ils se rassurent, ils n'ont plus ni délire, ni hallucinations. Ils reprennent courage, regardent en face, abandonnent leur air sournois, inquiet, anxieux, s'intéressent à ce qui se fait et s'informent de ce qui se passe autour d'eux. Notez bien que je dis intermissions et non pas rémissions qui seraient une sorte de guérison momentanée.

Ce n'est pas l'*intervalla perfectissima* des Romains, mais un simple armistice temporaire.

Les malades sont alors difficiles à interroger, car certains d'entre eux, dans l'espoir de recouvrer leur liberté, dissimulent leurs hallucinations et le médecin peut être facilement trompé. Il y a donc lieu de se méfier beaucoup de ces intermissions et de ces individus qui dissimulent. En somme, ils veulent sortir et ils raisonnent parfaitement. L'assassinat de l'archevêque Sibour n'a pas eu d'autre cause. Verger était un persécuté qu'on a eu tort de remettre en liberté.

Dans les rémissions vraies, quand le malade ne dissimule pas, je lui rends la liberté, mais une nouvelle hallucination peut survenir.

La crainte de passer par un sodomite est l'un des plus horribles tourments du persécuté. Rien n'humilie plus ce malade que ce terme d'une immonde obscénité — qui retentit à ses oreilles. Que de suicides n'ont pas reconnu d'autre cause!

Depuis notre dernier entretien, j'ai interrogé un conducteur d'omnibus. Les voyageurs le regardaient, les femmes ne voulaient pas être touchées par un sodomite, etc. Un sergent de ville qui flanait intentionnellement sur le quai, le voit regarder l'eau et après quelques questions sans réponse satisfaisante l'arrête. Ce conducteur croyait constamment entendre cette grossière épithète.

Les procès où les persécutés sont en cause, don-

nent toujours lieu de la part des magistrats, à des questions difficiles et délicates.

Mais il ne faut pas craindre de les éclairer et de bien exposer ces faits qu'ils ne connaissent pas toujours suffisamment. Malheureusement nous supposons chez les magistrats, un tel ensemble de connaissances que nous ne pouvons pas lui pardonner d'être ignorant sur certains points.

Les persécutés commencent par déposer une plainte au parquet. On leur répond qu'on examinera et on laisse dormir l'affaire. Ils s'adressent aussi au juge de paix, au préfet, etc., ils écrivent des lettres qu'on classe.

En province, les persécutés ne connaissent que le chef de l'Etat et le ministre de la justice. Ceux-ci reçoivent chaque jour des lettres dans lesquelles on leur dit : Rendez-moi justice pour tel et tel fait. On note les lettres au crayon rouge et on les transmet à la police de sûreté. En même temps on leur répond : Votre lettre a été consignée aux archives nº...

Nanti de ce récipissé qu'il porte toujours sur lui, il s'en va le montrant à qui veut le voir. On la retrouvera dans sa poche le jour où il se fera arrêter.

Un beau jour il dit que la justice est lente et il part pour Paris, souvent à pied. Il marchera pendant un mois, soutenu par l'espoir qu'on va lui rendre justice et qu'il pourra se venger d'un tel.

Arrivé à Paris, il commencera souvent par intenter un procès. Il déposera une provision chez l'avoué, avancera des honoraires à l'avocat. Ou s'il n'a pas d'argent, il aura recours à l'assistance judiciaire ; ce qui lui permet de plaider pour rien, d'avoir les pièces sur papier libre. La plupart du temps il perd son procès, la partie adverse fait presque toujours défaut. Alors il fait des menaces.

Il y a deux sortes de persécutés, l'actif et le passif. L'actif est intrigant, il tue. Le passif se résigne à endurer, à souffrir, il se tue.

Au point de vue des actes qu'ils commettent, les persécutés peuvent se diviser en trois groupes : ceux qui ne sont dangereux, ni pour eux-mêmes, ni pour autrui; ceux qui sont dangereux pour eux-mêmes; ceux qui sont dangereux pour les autres.

Ceux de la première catégorie peuvent rester en liberté, malgré leur caractère sombre, mélancolique. Ceux de la seconde sont des persécutés à rôle passif, ils sont déprimés, ne réagissent pas, se désespèrent et finissent par se suicider. Quant aux derniers, ils sont excessivement dangereux, ils commettent des crimes.

J'avais trouvé ces trois catégories, mais le fait suivant montre qu'il y en a une quatrième : ceux qui attentent à la vie d'autrui et qui ne se suicident qu'après.

Je fais allusion à l'observation de Labouche, l'assassin de l'hôtelier du *Grand-Monarque* à Melun.

Voici du reste l'observation *in extenso* car elle est trop instructive.

« L... ancien cuisinier, âgé de soixante-huit ans, entre dans mon service à Bicêtre, le 12 avril 1867, par suite d'une ordonnance de non-lieu de la chambre des mises en accusations de la cour impériale de Paris, et en vertu d'un certificat médical délivré par M. Lasègue et portant ces mots : « délire de persécution. » Cet homme déclare qu'il est enfant naturel, qu'il est sans famille, qu'il a eu dans son jeune âge une fièvre cérébrale, et qu'il a, aujourd'hui « un affaiblissement dans la tête. » Il est calme et cherche à se soustraire à des souvenirs poignants et terribles.

Depuis très-longtemps, L... passait dans le département de Seine-et-Marne, pour un homme inquiet, bizarre, fantasque, versatile, irascible et méchant. Il avait toujours peur d'être volé ou empoisonné; il se croyait traqué par les agents de police et les gendarmes, prenait les passants pour des espions, changeait de logement à chaque instant, ne touchait jamais aux aliments sans que d'autres en eussent mangé avant lui, se barricadait dans sa chambre, couchait la fenêtre ouverte, même au mois de décembre et ne s'endormait d'ordinaire qu'après avoir placé sous son oreiller un grand couteau de cuisine. Deux ans avant le fait principal qui va être relaté, M. Delasiauve rencontra un jour L... chez des amis, et il crut devoir leur dire : » Prenez garde, cet homme-là fera quelque malheur. » La prédiction se réalisa.

L... était très-lié avec le sieur M..., maître d'hôtel du *Grand Monarque*, à Melun. Il demeurait chez lui, avait vécu à sa table, puis avait préféré manger avec les domestiques de la maison. Tous les jours, les deux amis causaient ensemble, et le 9 septembre 1866, à sept heures du matin, alors qu'ils se trouvaient dans la cuisine de l'hôtel, on entendit M... dire en plaisantant à L... : Pourquoi regardez-vous dans le lait ! Vous serez donc toujours le même, vous ne changerez donc pas ? A peine avait-il achevé ces mots que les cris : « A moi, au secours, » se firent entendre et que M... tomba assassiné. Les gens de service accoururent et virent sortir L... qui armé, d'un grand couteau, essayait de se couper la gorge et ne parvenait qu'à se faire des blessures peu sérieuses.

L... fut aussitôt arrêté, pansé, interrogé et confronté avec sa victime. Il avoua qu'il était l'auteur du crime, que M... était un misérable, que l'hôtel du *Grand-Monarque* était devenu le rendez-vous de ses ennemis et de toute la « clique », que son ancien ami l'avait trahi comme les autres, qu'il avait voulu plusieurs fois l'empoisonner, qu'il s'en était vengé, mais que son action méritait une punition, attendu qu'on n'avait pas le droit de se faire justice soi-même.

L... fut renvoyé devant la cour d'assises de Seine-et-Marne; mais au moment même où les débats de cette affaire allaient s'ouvrir, le président prononça le renvoi à une autre session. Le dossier revint à Paris, au parquet du procureur général et trois experts furent chargés de procéder à l'examen de l'état mental de l'accusé. Ces experts accomplirent leur mission avec un grand zèle et déposèrent le 10 mars 1867, un rapport extrêmement étendu, concluant à l'insanité d'esprit, à l'irresponsabilité et à la nécessité de faire traiter L... dans un établissement spécial.

A son entrée à Bicêtre, je fis subir à L... un très-

long interrogatoire et j'obtins de lui des confidences d'une nature fort grave au sujet de la mort rapide et peut-être mystérieuse d'une personne décédée deux ans auparavant. Ces révélations avaient-elles quelque chose de fondé? N'étaient-elles, au contraire, que de simples convictions délirantes? Nul ne peut plus le savoir. Toujours est-il que ma première impression fut mauvaise, que je conçus des soupçons, et que la rédaction de mes certificats s'en ressentit.

Dans le certificat immédiat, je m'exprimais ainsi : « Cet homme se défend avec une grande habileté et une fausse bonhomie assez suspecte. Est-il halluciné? »

Dans le certificat de quinzaine, je disais : « Se plaint d'affaiblissements dans la tête, dit n'avoir pas la tête à lui. Il est calme, ne parle à personne, est toujours sur la défensive lorsqu'on l'interroge, et fait de grands efforts pour se soustraire à la lourde responsabilité qui pèse sur lui. Il n'est pas halluciné et doit simuler la folie. »

Lorsque je portais les jugements qui précèdent, je n'étais que très-imparfaitement au courant de l'assassinat du 9 septembre 1866, je n'avais pas de renseignements sur les antécédents de L..., je ne connaissais pas son dossier judiciaire et je n'avais pas lu le rapport médico-légal des trois experts. Il y a plus, je me refusai à parcourir tous ces documents jusqu'à ce que j'eusse fait de l'état de la question, l'examen le plus approfondi, le plus tenace et le plus indépendant. Or, je suis arrivé de la sorte à poser un nouveau diagnostic, à faire une part extrêmement restreinte à la simulation, à considérer L... non plus comme un criminel qui emprunte la livrée du délire, mais bien comme un aliéné véritable et dangereux, comme un persécuté de la pire espèce.

Le malade fut, à son insu, l'objet d'une active surveillance. Je le trouvai constamment triste, abattu, indifférent, apathique, regrettant à peine l'atrocité de son crime, et ne s'apitoyaat aucunement sur le sort de la veuve et des enfants de M... Toujours seul, ne parlant à personne, il se plaint, se lamente, se désespère ; et à la visite, il accuse tel infirmier, récrimine contre tel autre ou dénonce quelque prétendue injustice dont il aurait été victime. « On lui donne moins à manger qu'à un autre, il n'a pas assez de pain, il veut de la viande rôtie, demande du vin, se croit en butte à des vexations, a le plus mauvaiis lit de la division, veut qu'on le change de cellule ou de quartier, etc. »

Si je fais venir L... dans mon cabinet et si je lui fais subir un nouvel interrogatoire, il simule imédiatement une perte presque complète de la mémoire. Cet homme s'ignore lui-même, il n'a pas conscience de son état mental réel, du délire de persécution qui l'asservit et l'exonère, et, pour échapper à la situation périlleuse qui lui ont faite les événements, il imagine un stratagème grossier, feint de ne point se rapepler telle ou telle chose, répète que sa mémoire est perdue, qn'il a « des faiblesses dans la tête, » et qu'il ne peut pas répondre à toutes mes quetions. Il méconnaît son éta pathologique qui est très-net et qui échappe à toute imitation possible et il imagine une espèce de démence sénile, principalement caractérisée par une apparente confusion dans les idées, et par une amnésie de circonstance. Dans ses récits où dans ses réponses, le malade u'oublie que ce dont il ne veut pas se souvenir, car, au besoin, il donne les renseignements les plus précis sur tel ou tel ordre de faits, entre dans les détails les plus minutieux et témoigne d'une mémoire très-fidèle. Il ne conserve pas longtemps, on le voit, le rôle qu'il avait eu le dessein de jouer, et il se démasque naïvement à la première occasion.

Pendant le moi de mai, L... gémit, mâchonne, et fait grincer ses dents à la manière des paralysés généraux; puis de temps en temps il se demande où en est son affaire, ce qu'il va devenir et pourquoi il se trouve au milieu de « gens qui n'ont pas leur raison? » Il mange beaucoup mais il maigrit et se ride; sa face s'altère et son regard exprime à la fois l'anxiété, le désespoir, la méchanceté et la terreur.

« Le 7 juin à cinq heures du matin, le malade est trouvé pendu dans sa cellule. Ses genoux sont pliés, les pieds touchent la terre, le cadavre est froid, la mort remonte à plusieurs heures. »

Labouche a laissé deux testaments, dans lesquels il fait des legs à l'église et aux pauvres de Guignes, à l'hôtelier du Grand-Monarque, etc., etc.

Quelques persécutés entendent des voix à l'estomac, d'autres au larynx, à l'épigastre, dans l'abdomen, etc. Ce sont de véritables hallucinations splanchniques, dont on ne connaît pas encore le mécanisme. Ces malades sont très-tourmentés, inquiets. « Je ne suis pas comme un autre, disent-ils, il y a quelqu'un de logé là, j'ai là un secret, des voix secrètes. » D'autres fois ils vous disent : « Un peu de silence, » et ils écoutent. « On vient de m'appeler cochon, » ou encore. « Je suis un sodomite. »

L'homme, qui porte des voix épigastriques, va devenir très-dangereux ; il ne pourra supporter cette anomalie et après avoir été injurié, il commettra des crimes (1).

En 1869, Bétinat, terrassier, âgé de trente-six ans, est transféré à Vaucluse d'où il sort quelque temps après pendant une rémission. Il disait qu'on lui parlait dans l'estomac.

Rentré chez lui à Gentilly, il retrouve sa femme et reste quelques mois calme et tranquille. Une nuit il prend un rasoir et scie le cou de sa femme. Il m'a dit qu'il avait entendu « son secret » lui dire que sa femme l'avait trompé avec des somnambules. Je lui demande ce que c'est que ces somnambules qui séduisent les femmes, la nuit, et qui *vous* le dit? « Mon secret, » répond-il. Le meurtre commis, il reste dans la chambre. Sa fille est couchée dans la même pièce, elle entend le bruit et elle se réveille. — « Papa que fais-tu donc, on dirait que tu scies quelque chose. » Le jour venu il va faire une promenade avec l'enfant qu'il envoie déjeuner dehors. Quant à lui il reste dans

(1) *Le delire des persécutions*, par Legrand, du Saulle page 195.

la chambre et c'est là que le soir on le trouve quand les voisins arrivent avec le commissaire de police.

J'ai eu de longs entretiens avec ce malade pendant les trois ou quatre jours que je l'ai gardé. Il m'intéressait beaucoup à cause de cette voix qui lui commandait. Il n'entendait aucun son, l'oreille ne lui apportait rien. Il a été transféré dans un asile de province et je ne sais ce qu'il est devenu.

(*La fin prochainement.*)

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE

A propos du rein flottant.

Monsieur le rédacteur,

Quand un homme de la valeur de M. Gosselin formule un diagnostic ou émet une opinion, il incombe au plus modeste praticien de la contrôler avec d'autant plus de sévérité qu'elle émane d'une autorité plus imposante : or, la description exacte que trace l'éminent professeur (*Concours médical* du 11 juin 1880) d'une maladie qu'on a désignée sous la singulière dénomination de *rein flottant* et qui a pris place aujourd'hui dans le cadre médical, me fait un devoir, au moment où plusieurs cas analogues se trouvent fortuitement soumis à mon examen, d'exprimer quelques doutes sur l'existence, non pas de la lésion elle-même, mais de la symptomatologie qu'on veut lui rattacher.

Comme M. Gosselin, nous rencontrons tous les jours des femmes dans le genre de celles dont il décrit les souffrances ; elles sont jeunes, en général, ont toutes dépassé la puberté.

La ménopause joue un rôle sur la fin de leur maladie ; ce qui frappe au premier abord chez elles, c'est un certain degré d'anémie, à tel point que vous êtes tenté de les prendre pour des chlorotiques; elles en offrent tout le cortége; elles ont souvent des pertes blanches et tombent en général malades à l'occasion de quelques perturbations dans les organes génitaux.

A l'examen, vous rencontrez quelquefois certaines ulcérations du col, qui, parfois, guérissent sous l'influence des cautérisations; mais le mal dont elles se plaignent ne guérit pas. Douleurs lombaires s'irradiant jusqu'aux cuisses; malaise général indéfinissable; ces douleurs existent presque toujours d'un côté, et, comme l'a très-bien remarqué M. Gosselin, elles s'atténuent dans la position horizontale; mais s'accentuent régulièrement à l'approche des menstrues. Voilà des symptômes, qu'avant la découverte de l'ectopie accidentelle du rein, nous avons tout simplement rapportés à une maladie des organes génitaux.

En effet, si dans un de ces cas morbides, dont la symptomatologie est connue, vous faites allonger la femme, et, lui repliant les cuisses sur le bassin, vous comprimez avec vos doigts les parois abdominales, de manière à exercer une pression lente et progressive, vous arrivez, en vous dirigeant vers le ligament de Fallope, à provoquer une douleur en général obscure, mais spéciale, qui s'irradie le long des ligaments et remonte dans la fosse iliaque jusqu'à la région rénale.

Que si vous palpez avec méthode, vous arrivez au niveau du point douloureux à trouver un corps ovoïde s'échappant sous les doigts comme une boule mobile, et vous ne tardez pas à reconnaître, que vous avez à faire à une ovarite chronique, ou tout au moins à une maladie de l'ovaire.

Vu l'embonpoint de la femme ou d'autres circonstances, il arrive souvent qu'on ne peut arriver à limiter parfaitement l'ovaire; mais vous obtenez toujours la sensation du corps douloureux, qui ne peut être que cet organe, qui, au reste, nous accuse toute une symptomatologie, celle de M. Gosselin.

La femme, être éminemment souffreteux, depuis un état légèrement chlorotique jusqu'à ce qu'on appelle dans le monde les attaques de nerfs; depuis l'état nerveux le plus léger jusqu'à l'hystéricisme le plus complet, doit, à mon avis, toute cette pathologie à des ovarites chroniques méconnues ; il faut convenir que les symptômes que l'on attribue au déplacement du rein, sont les mêmes que ceux de la maladie des ovaires. Mais les uns s'expliquent naturellement par la maladie des organes de la génération, tandis que les déplacements du rein ne peuvent, en aucune manière, nous rendre compte raisonnablement de cette série de manifestations morbides qui ont pour nous une tout autre origine; bien plus, les fonctions rénales elles-mêmes, ne sont pas troublées.

Singulier organe qui sollicite, tout autour de lui, des désordres fonctionnels sans en être atteint lui-même.

Maintenant, qu'il y ait eu coïncidence entre l'ectopie accidentelle du rein, et une ovarite, et qu'on ait rapporté mal à propos au premier organe, le cri de souffrance qui relève du second, c'est possible, c'est même probable. Car le tableau morbide tracé par M. Gosselin se présente très-souvent, tandis que la lésion rénale est très-rarement remarquée.

Pourquoi donc faire intervenir une lésion que peu de médecins ont eu l'occasion d'observer; au

reste, ce déplacement du rein pouvant même être expliqué, peut-il donner la clef de toutes ces manifestations morbides qui sont si communes ? Tout, au contraire, théoriquement contribue à faire accepter mes idées comme cause et siége.

C'est à l'âge de la puberté qu'apparaissent ces maladies.

La ménopause joue un grand rôle, la femme en est presque exclusivement atteinte. C'est surtout vers les époques des règles qu'elles sont modifiées, elles accompagnent les ulcérations du col ; les symptômes nerveux, surtout dans l'hystérie, sont suspendus par la pression du poing sur le bas-ventre ; les femmes ont cette névralgie, les lombaires qui, suivant M. Gosselin lui-même, accompagnent souvent les affections de l'utérus. Que de motifs et autres que je ne puis énumérer, dans un coït de ce genre, pour rendre à l'ovaire le triste privilége, dans ce cas comme bien d'autres, d'être l'organe le plus fatal aux femmes ! La physiologie ne nous fait-elle pas pressentir, que, malgré des fonctions, en apparence, silencieuses et voilées, il doit, pendant une longue période de la vie de la femme, être souvent atteint ?

En résumé, je crois qu'il y a lieu d'absoudre le rein de la grave responsabilité que, dans ce cas, veut lui faire encourir M. Gosselin, et qu'il vaut mieux attribuer à l'ovarite chronique méconnue la symptomatologie que le professeur distingué nous a si bien appris à connaître, dans ses intéressantes cliniques.

J. Pagès,
Docteur-Médecin de la Faculté de Paris. Ancien interne des hôpitaux de Paris. Lauréat de la Faculté de Montpellier.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

(*suite.*)

Dérivatifs et révulsifs. — La médication par les révulsifs et les dérivatifs peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme faisant partie de la médication altérante, et l'on y voit figurer plusieurs des agents thérapeutiques dont je viens de vous entretenir. Leur action est, en effet, souvent complexe, car ils peuvent être, dans bien des cas, considérés comme sollicitant certaines modifications moléculaires capables de faciliter le travail de résorption des produits plastiques déposés dans la trame des tissus ; c'est à ce titre qu'ils se rattachent à la classe des altérants. Mais souvent aussi ils agissent en provoquant une révulsion véritable, tout à fait indépendante de ce travail de résorption moléculaire. Ils peuvent exercer leur action soit sur la muqueuse des voies digestives, soit sur la peau.

Tous les purgatifs peuvent être administrés à titre de révulsifs internes, et leur intervention est justifiée d'autant mieux, dans le traitement de la métrite chronique, que la constipation est un symptôme fréquent de cette maladie, qui réclame souvent leur emploi. Mais ce n'est pas en tant que laxatifs qu'ils nous intéressent en ce moment, et si nous voulons qu'ils exercent une action véritablement révulsive sur l'utérus enflammé, il faudra que nous nous adressions de préférence à ceux qui provoquent une vive irritation de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire aux drastiques. C'est ainsi qu'agiraient l'huile de croton, la gomme gutte, la coloquinte et les autres purgatifs résineux. Mais à quoi bon chercher à provoquer une irritation des voies digestives inférieures qui peut bien aller jusqu'à la phlogose, quand on sait que l'inflammation de la muqueuse rectale peut parfaitement survenir toute seule, dans le cours de la métrite chronique, sans être en aucune façon provoquée par une médication quelconque, et que, quand elle survient ainsi, loin d'exercer une action résolutive sur l'utérus enflammé, ou de faire une dérivation favorable, elle constitue bien plutôt un symptôme extrêmement pénible, qui aggrave, sans aucune compensation, l'état des malades ? Pour ces raisons, il est rare que M. Gallard demande aux purgatifs autre chose que leur action évacuante.

Quant aux révulsifs cutanés, qui consistent en applications irritantes, pratiquées sur la peau tant de l'abdomen que de la partie supérieure des cuisses, ils sont moins nuisibles à la santé générale et peuvent, par conséquent, être plus largement employés. Ils sont utiles à la condition que leur action sera soutenue et prolongée pendant un certain temps. Au début, ce sont de larges applications d'huile de croton pratiquées sur tout l'hypogastre, les aines et même la partie interne et externe des cuisses. Ces frictions répétées à trois ou quatre jours d'intervalle, modèrent souvent les poussées inflammatoires qui tendent à se propager au péritoine et aux organes péri-utérins. Les frictions d'huile de croton doivent être préférées à celles de la pommade stibiée, dont l'éruption, plus profonde et plus douloureuse, laisse des traces indélébiles. De larges vésicatoires, réitérés

nombre suffisant, produiraient le même effet; mais l'action de ces moyens est essentiellement passagère, et, s'il est bon d'y avoir recours pour dissiper ou prévenir certaines complications, ils ne sauraient faire le fond du traitement d'une maladie aussi longue que la métrite chronique.

On obtient un effet analogue, et qu'il est possible de perpétuer pendant un temps beaucoup plus long, en faisant sur la peau de l'abdomen des badigeonnages avec la teinture d'iode. Lorsqu'on a recours à ce moyen, on se trouve associer à l'action révulsive du médicament son action fondante, qui est incontestable, et c'est une raison suffisante pour préférer ce révulsif à tous les autres.

Huguier ne reculait pas devant l'application de cautères ou de moxas et même de petits sétons consistant en quelques brins de fil seulement, percés au moyen d'une simple aiguille à suture, dans la région hypogastrique, à quelques centimètres en dehors de la ligne blanche. Ces exutoires, que l'on peut entretenir pendant plusieurs semaines, puis renouveler, s'il y a lieu, m'ont paru être plus utiles dans le traitement des phlegmasies péri-utérines chroniques que dans celui de la métrite simple. Ces derniers moyens, tout en se rapprochant, en raison de leur point d'application, de ceux qui font partie de la médication locale, appartiennent encore à la médication générale par la façon dont s'exerce leur action.

Mais les antiphlogistiques, les altérants ou les révulsifs ne doivent jamais être employés systématiquement, pas plus les uns que les autres. C'est surtout parce qu'ils sont tous profondément débilitants, et que, loin de débiliter les femmes affectées de métrite chronique, il faut au contraire les relever et les tonifier. Il en résulte que la vraie médication générale, applicable à peu près indistinctement à tous les cas de métrite chronique, doit avoir une action opposée à celles dont il vient d'être question et tonifier au lieu de débiliter, relever au lieu de déprimer.

Seulement, cette médication tonique et reconstituante s'adresse au sujet malade bien plutôt qu'à la maladie elle-même, et à elle seule elle ne peut en aucun cas suffire à la guérison de cette maladie, son action se borne à fournir à la malade la force nécessaire pour lui permettre de résister à la fois, et à sa maladie, et au traitement destiné à la faire disparaître. (*A suivre*),

TRAVAUX ORIGINAUX

Observation d'Anurie.

Un homme atteint d'ascite liée à une maladie de cœur, et que j'avais soigné plusieurs mois avant, me fit appeler de nouveau le 22 décembre 1877. Ses jambes étaient encore infiltrées et il avait tous les signes d'un embarras gastrique. Je prescrivis une infusion de rhubarbe.

Le 25, urines peu abondantes contenant une forte proportion de sang et rendues avec peine; douleur lombaire vive.

Le malade me dit avoir abusé des drastiques et des diurétiques depuis environ trois mois; frictions belladonées aux régions lombaire et hypogastrique.

Cet état se prolonge jusqu'au 28 avec douleurs très-vives malgré tous les remèdes employés; enfin ce jour-là anurie complète et douleur très-vive au gland; vessie vide à la palpation. Le cathétérisme fait sur les instances du malade qui se figure qu'un caillot l'empêche d'uriner et suivi d'une injection d'eau tiède n'y amène absolument rien. Je conseille des frictions laudanisées, un bain de siége, un lavement additionné de quelques gouttes de laudanum et enfin une potion à l'eau de Rabel.

Le 31, les douleurs ont diminué. Je fais appliquer un large vésicatoire à la région lombaire et le 1er janvier 1878, mon malade rend sans douleur un bon verre d'urine très-claire. Le lendemain, il en rend une quantité beaucoup plus considérable, de même aspect, et ne ressent plus aucune douleur.

Je crois que cette anurie était due à une néphrite occasionnée par l'abus des drastiques et des diurétiques. Si le malade eût été jeune et robuste, ce qui n'était pas le cas, et d'un caractère plus docile, j'aurais fait appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées

Le vésicatoire a joué, selon moi, le plus grand rôle dans la terminaison de la maladie et je suis convaincu que si le malade eût consenti à l'appliquer plus tôt l'anurie eût moins duré et peut-être l'aurait-on évitée.

Dr Lombard, de Terrasson (*Dordogne*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les Médecins et les Sociétés de secours mutuels.

L'expérience du passé démontre que :

L'intérêt pressant du corps médical, lui fait

une nécessité de ramener les conditions matérielles de l'exercice, à l'état antérieur à la généralisation de l'institution des sociétés de secours mutuels.

Le médecin doit se dégager de la sphère d'action des sociétés, pour reprendre la liberté, si précieuse de son travail.

L'abonnement, sous toutes ses formes doit, être repoussé, parce qu'il empêche le libre choix du malade, suscite les exigences envers le médecin, et provoque les rabais déshonorants.

Les médecins, qui se sont eux-mêmes constitués en société de secours mutuels, ne sont pas fondés à s'ingérer dans la composition des sociétés. Doit y entrer qui veut, quelle que soit sa situation de fortune. Aux médecins il appartient alors de faire leurs conditions en conséquence.

Le médecin ne doit traiter avec une société, qu'après accord préalable avec ses confrères et la seule base admissible c'est le traitement à la visite et l'établissement d'un tarif minimum à l'usage des sociétés de secours, pour les pansements, opérations, accouchements, etc., dont la rémunération ne doit sous aucun prétexte se confondre avec le prix de la visite.

L'officier de santé doit être admis tout comme le docteur en médecine, à donner ses soins aux sociétaires. Aucune raison ne pourrait motiver son exclusion, qui ne peut être basée que sur l'indignité professionnelle, et, d'ailleurs, plus les médecins seront nombreux, mieux le service sera fait.

Les médecins qui appartiennent à une association ou à un syndicat, ne doivent traiter que par l'intermédiaire de leurs fondés de pouvoir. Si un accord ne peut survenir, ils ont le droit de refuser, collectivement, leurs soins aux sociétés; mais ils doivent les donner aux sociétaires, qui alors les rémunéreront directement.

Le prix des visites et consultations dans la résidence, doit être au minimum de 2 francs. Les visites à la campagne seront rétribuées selon l'usage. — Le maintien des honoraires, à un taux convenable, assure seul le libre choix du sociétaire, car le médecin réputé, dédaignerait un salaire insuffisant.

Dans cette redoutable question, plus qu'en une autre circonstance, le médecin doit *subordonner son intérêt à celui de tous ses confrères.*

« La responsabilité de la situation actuelle incombe aux médecins qui ont, les premiers, accepté l'abonnement et retombera sur tous ceux qui ayant encore la facilité de s'y soustraire, l'accepteront par indifférence ou égoïsme. »

Docteur Combes.

La *taxation par visite, le tarif minimum, la liberté du choix du malade*, rétabliront l'état normal. Ces mesures ont un seul inconvénient : Elles pourront favoriser des abus de la part des médecins et compromettre la dignité de quelques-uns. Mais il en est de même dans la pratique courante ; les sociétés pourront se défendre, le cas échéant, comme les particuliers. Il est préférable de voir les sociétés à notre discrétion, que de nous voir de plus en plus à la leur. Notre passé suffit à prouver que nous n'abuserons pas et que l'âpreté au gain n'est guère notre affaire.

Si les sociétes ne peuvent alors équilibrer leur budget, elles auront à leur disposition deux ressources : élever la cotisation et, s'il le faut, réduire l'indemnité de maladie.

Ces sacrifices de leur part, ne sauraient les compromettre autant que nous compromettrait la perte de l'aisance à laquelle nous arrivons parfois. C'est elle qui, seule, peut nous donner la certitude de ne point nous voir enlever à nous, médecins, le plus précieux de nos privilèges, celui que nous ne permettrons à qui que ce soit, Etat, société, ou particulier, de nous ravir : *Le privilège de faire comme par le passé, la charité de nos soins gratuits à l'indigent, auquel l'ouvrier associé ne souffrirait d'être assimilé.*

Nota. — Le jour où l'espace nous le permettra, nous donnerons le récit *in extenso* de l'intéressante lutte qui s'est établie entre les sociétés de secours mutuels et les médecins d'une ville d'un département voisin. Cette lecture très-instructive, présente la question sous une forme complète et vivante et nos confrères verront que leur bonne cause est assurée de triompher toutes les fois qu'elle sera soutenue avec l'esprit de solidarité.

II

Monsieur le Rédacteur.

J'ai lu avec plaisir dans le dernier numéro du *Concours* que grâce à l'initiative du Dr Perrineau et à vos démarches personnelles, l'affranchissement à 5 centimes des notes d'honoraires des médecins serait désormais accordé par l'administration des Postes.

(Il est essentiel de noter que toute adjonction de formule de politesse ferait perdre ce bénéfice).

L'an dernier, j'avais soulevé cette même question dans un journal médical, à l'importance pratique qu'elle me semblait avoir pour le médecin de campagne. Aussi me suis-je empressé d'aller donner communication de la décision du directeur général des Postes au receveur de ma localité. Comme je le prévenais de mon intention d'user immédiatement de cette latitude, ce fonctionnaire m'a fait remarquer que non-seulement l'administration des Postes ferait parvenir mes notes

à domicile pour 5 centimes, mais encore que moyennant 1 0/0 (sur les sommes reçues) elle se chargerait de mes recouvrements. On n'est pas plus aimable : et vraiment tout est pour le mieux, mais... seulement pour les clients de bonne volonté! il nous restera toujous à nous débrouiller avec les récalcitrants. Comment les forcer à s'exécuter ? Bien que le banquier m'eût prévenu que jamais la *Traite* d'un médecin ne serait considérée comme un effet de commerce et qu'elle ne pourrait par conséquent pas être suivie d'un protêt régulier, il m'est arrivé cependant plusieurs fois d'user avec succès d'un mandat à protêt. Toutefois il n'y a pas à s'illusionner, ce procédé n'est pas pratique, parce que : vu l'exiguité de chacune des sommes à recouvrer, prise isolément, et vu la multiplicité de nos débiteurs, il est impossible à chacun de nous de trouver un banquier assez complaisant pour se substituer à nous, une fois l'effet de commerce endossé et lâché par lui.

Pénétré de cette idée que la perte de 10, 15, 20 ou même 25 p. 0/0 sur notre travail réel est la plus grande plaie de notre profession, j'ai réfléchi bien souvent à la question du recouvrement des honoraires. Et voici ce que je proposerais :

1° Chaque médecin devrait tenir une comptabilité régulière et uniforme (suivant un mode accepté de tous après discussion).

2° Chacun devrait envoyer ses notes à tous ses clients indistinctement à la fin de chaque année.

3° Toutes les notes impayées, après un délai de trois mois, seraient envoyées à un représentant unique pour l'arrondissement. Et ce caissier enverrait alors en son nom personnel un avertissement à chaque retardataire, en lui donnant encore un délai de trois mois, à l'expiration desquels ils devraient (toujours en son nom personnel) exécuter les réfractaires par une action en justice de paix.

(Il est bien évident que quelle que soit l'amélioration qu'on réclame, il faut toujours faire appel à l'entente; ce qui fait ressortir de plus en plus la nécessité des syndicats. — Mais à leur défaut, nous maintenons qu'il est possible à chaque médecin de commencer à prêcher d'exemple; dût-il en éprouver quelque dommage momentané).

Je crois qu'au bout de quelques années, le public serait habitué à payer plus régulièrement, à cause de la publicité (forcée) faite contre les débiteurs récalcitrants.

Enfin, cette charge de caissier, qui assurément serait très-ennuyeuse, on pourrait la rendre plus ou moins productive par l'importance des *remises sur les sommes recouvrées.*

Faites de ces notes, Monsieur le rédacteur, l'usage que vous trouverez bon et croyez-moi,

D[r] C.

III

Monsieur le Directeur,

Tous les médecins se plaignent d'être très-mal payés, et, jusqu'à ce jour, je ne vois pas dans le *Concours Médical*, un moyen indiqué pour obtenir un résultat plus avantageux. Le moyen est difficile à trouver.

La grande cause, que j'ai déjà signalée, c'est que nous sommes au moins 2000 médecins de trop. Pour remédier à cette situation il faudrait qu'un petit opuscule initiât les étudiants débutants à la vérité et en retînt quelques-uns à l'entrée de la carrière.

Quelques articles publiés dans les journaux ordinaires à ce sujet, sous un prétexte ou un autre, ouvriraient les yeux à quelques parents. Dans une lettre que vous avez publiée récemment, le ministre de l'intérieur disait à propos des pétitions demandant des pensions pour les veuves des médecins, « *la profession médicale était généralement lucrative,* » j'aurais voulu voir le *Concours* fort des doléances qu'il enregistre chaque semaine, protester, sous une forme ou une autre, contre cette erreur.

(La publication d'un opuscule sur les difficultés de la carrière médicale pourra venir en son temps. Nous nous contenterons, pour le moment, de toucher cette question dans le n° spécial que nous préparons pour les jeunes médecins et les étudiants).

Le *Concours* pourrait agir un peu dans cette question des mauvais clients et surtout à propos du retard dans le paiement, il devrait conseiller à ceux de ses lecteurs qui sont riches, de faire régler tous les ans, leurs honoraires, quelques exemples donnés de ci de là, serviraient de point d'appui pour d'autres confrères et des uns aux autres cette habitude excellente pourrait se répandre.

(Notre honorable correspondant ne sait pas que la coutume qu'il réclame, comme une innovation, est à peu près généralisée à l'heure actuelle et qu'il est peu de médecins qui ne se fassent un devoir d'adresser leurs mémoires à la fin de chaque année. La prescription annuelle des honoraires du médecin est un motif sérieux de réclamation en temps utile).

Autre chose pourrait se faire aussi : se communiquer réciproquement la liste des mauvais clients et de ceux qu'il faut pousser pour être payé. Mais, comme il faut tout prévoir, que cette liste peut être vue, accidentellement par les intéressés (les clients récalcitrants) il s'agirait de savoir si un client, désigné de la sorte, pourrait attaquer le médecin qui aurait ainsi atteint son honorabilité.

Un petit article, dans le corps du journal, (et non simplement une réponse dans la correspondance) serait, je crois, bonne chose et nous éclairerait tous sur nos droits.

Agréez, D[r] M. — 648.

(Les confidences de médecin à médecin ne peuvent se faire qu'en cas d'accord complet. Une liste qui ne mentionnerait que des noms et ne porterait aucune annotation, ne pourrait d'ailleurs engager la responsabilité).

REVUE ÉTRANGÈRE

Vaccine et vaccination. — Nous trouvons dans le compte-rendu du dernier congrès de la *British medical Association* qui a siégé à Cambridge, au mois d'août dernier, un mémoire de M. E. Warlomont sur la vaccine et la vaccination. Voici les points qui méritent de fixer l'attention des praticiens. Il est à peu près reconnu aujourd'hui que le principe actif de la vaccine est représenté par des corpuscules particuliers, probablement des germes vivants, qui flottent isolés dans un liquide séreux inerte. Les meilleurs procédés de conservation du vaccin sont l'emploi des tubes capillaires de verre et les pointes d'ivoire. Le vaccin frais peut être inoculé par piqûre : mais on doit avoir recours aux scarifications quand il s'agit de vaccin conservé. (*British medical Journal*, sept. 25).

Nous avons, depuis deux ans, expérimenté comparativement les piqûres et les scarifications : ces dernières sont incontestablement préférables quand elles sont bieu faites. Elles doivent être très-superficielles, d'environ quatre millimètres de largeur, séparées par un intervalle de un millimètre. On les dispose par groupes de trois, à deux centimètres de distance chacun et on dépose le vaccin sur chaque groupe. Il faut bien éviter l'écoulement du sang : quand il se produit, il convient de sécher les petites plaies avant de les inoculer. Pour faciliter l'exécution de cette petite opération — qui m'a paru cependant plus facile et moins douloureuse que les piqûres, — M. Warlomont a inventé un petit scarificateur spécial qu'il nomme *vaccinator trephine.*

Causes et traitement des tintements d'oreille. — Que faisons-nous quand un malade vient se plaindre d'être tourmenté par des bourdonnements d'oreille? Rien ou peu de chose. Une boulette de coton imprégné d'un baume quelconque, une injection d'eau tiède, sont des moyens dont l'inutilité est consacrée par l'expérience. On peut faire mieux, et M. Douglas Hemming nous dit comment. D'abord les bruits anormaux se présentent avec des caractères différents, suivant les causes qui les occasionnent. Le tableau suivant résume clairement ce qu'il est nécessaire de savoir à cet égard.

Nature des bruits	Causes
1° Bruit de marée, comme celui produit par l'application d'un coquillage contre l'oreille.	Le tabac : Catarrhe chronique de l'oreille moyenne, contraction exagérée des muscles intrinsèques.
2° Bourdonnements, comme le ronflement d'une toupie hollandaise, ou le bourdonnement d'une abeille.	Bouchon de cérumen, eczéma, corps étrangers ou parasites du méat externe.
3° Bruits de glouglou, comme l'air traverse un liquide par bulles (1).	Liquide soit dans la caisse, soit dans la trompe d'Eustache : conséquence du catarrhe.
4° Bruits de craquement ou de bruissement.	Absence de cérumen, les poils dans le méat ou sur la membrane donnent quelquefois des sons, analogues à ceux d'une harphe éolienne. Catarrhe aigu dans ses dernières phases.
5° Bruit persistant de chute d'eau, comme le bruit d'une cataracte.	Congestion veineuse du labyrinthe.
6° Bruits pulsatifs, souvent comparés au battement du tambour, synchrônes avec le pouls.	Causes en dehors de l'oreille (anémie, anévrisme, etc.), ou congestion artérielle du labyrinthe.

Quelquefois ces bruits peuvent se montrer simultanément, par suite de la coexistence de plusieurs causes. Le traitement s'adresse à ces causes et doit les supprimer ou en atténuer les effets.

On traitera le catarrhe chronique de la trompe et de la caisse par des exhalations de vapeur de benjoin, de créosote qu'on fera pénétrer par la méthode de Valsava. Quand il y a en même temps, ce qui est très-fréquent, du catarrhe naso-pharyngien, le modifier par des injections d'eau tiède phéniquée. Lorsque ces moyens sont insuffisants, l'auteur en indique d'autres, qui ne peuvent être mis en usage que par des spécialistes (cathétérisme de la trompe, incision de la membrane du tympan, etc.). La contracture des muscles intrinsèques, accompagnant le catarrhe est traitée par la section du tendon du muscle tenseur de la membrane : leur paralysie par l'emploi des courants électriques, si cette thérapeutique rationnelle n'est pas à la portée de tous les praticiens, il leur suffit de savoir qu'elle existe et qu'elle est efficace.

La congestion des vaisseaux du labyrinthe sera combattue par l'usage interne de l'acide bromhydrique, considérée par le Dr Woaques comme un remède spécifique. La dose est de quinze gouttes et plus.

Les bouchons du cérumen concret seront enlevés par des injections d'eau chaude. S'ils sont très-durs, les ramollir, préalablement, par l'application d'huile tiède ou d'une solution de bi-carbonate de soude.

S'il y a, au contraire, défaut de sécrétion du cérumen, il faut soupçonner la diathèse goutteuse ou rhumatismale et surveiller les fonctions du canal digestif. On donnera avec avantage des toniques et des apéritifs. Examiner aussi la gorge et les amygdales.

Le tintement qui simule le bruit d'une harpe éolienne ne cessera que par la section des poils qui obstruent anormalement le conduit externe, on chasse ces poils de l'oreille au moyen d'une injection d'eau tiède ou d'un pinceau humecté de glycérine et d'eau.

Pour l'extraction des corps étrangers, la seringue seule doit être employée. Comme il s'agit là d'un point de pratique journalière d'une grande importance, je vais reproduire quelques-uns des excellents conseils donnés par l'auteur. Il y a, dit-il, deux ou trois règles fondamendales dont il ne faut jamais s'écarter.

D'abord qu'on sache bien qu'un corps dur peut séjourner plusieurs années dans le conduit auditif sans occasionner d'accidents. En second lieu, *il ne faut jamais essayer d'extraire un corps étranger, lorsqu'on ne le voit pas.* Enfin, on ne doit *jamais* employer la force. Un corps dur et arrondi, comme une bille, peut être enlevé au moyen d'un pinceau enduit de glu, ou d'une substance fortement adhésive qu'on applique sur l'objet et qu'on laisse sécher et durcir. *(Id.)*

L'oubli, ou plutôt l'ignorance de ces préceptes est une cause perpétuelle de mésaventures pour le médecin. Nous connaissons de lamentables histoires d'oreilles fouillées sans pitié comme sans résultat, par d'audacieux chirurgiens, trop dédaigneux de la modeste seringue. Cette arme bien inoffensive est toujours suffisante. Il faut l'adopter dans tous les cas.

Causes et traitement de la transpiration fétide des pieds. — Cette infirmité si désagréable, constitue quelquefois, pour ceux qui en sont atteints, un véritable vice rédhibitoire qui les fait repousser partout. Le Dr G. Thin a été amené à instituer un traitement parfaitement efficace. La mauvaise odeur est due à une fermentation alcaline (d'où cette odeur de vieux fromage) de divers éléments baignant dans la sueur, dans un es-

(1) J'ai observé ce bruit d'une façon très-nette en sortant d'un caisson à air comprimé. Il se produit quand on est dans la chambre de décompression : il est dû aux bulles d'air qui traversent les mucosités de la trompe. Ce phénomène ne se manifeste que chez les personnes ayant alors un certain degré de catarrhe de l'une ou de l'autre trompe. Dr M.

pace clos. Pour empêcher la fétidité, il suffirait donc d'entraver la fermentation.

On obtient ce résultat au moyen de solutions antiseptiques. Voici le traitement qui réussit parfaitement. Les bas ou chaussettes seront changées deux fois par jour, et tremperont quelques heures dans un vase contenant une solution saturée d'acide barique. Une fois séchées, elles seront prêtes pour l'usage. Le malade se procurera une demi-douzaine de semelles de liége : chaque paire trempera une nuit dans l'acide barique, séchera le jour suivant, et sera placée dans la chaussure le troisième jour. En suivant exactement ces indications la mauvaise odeur sera complètement détruite. *(British. med. Journ.* 18 sept.)

Rappelons qu'on a proposé, dans le même but, de saupoudrer les bas et la chaussure avec de l'acide salicylique.

Les journaux américains ne nous fournissent, cette quinzaine, aucun sujet d'intérêt pratique. En parcourant le compte rendu d'un banquet qui a terminé la session de la *Canada medical association*, j'ai remarqué que nos confrères américains se plaignent amèrement des difficultés et des déboires de leur profession. Il paraît que tout n'est pas encore pour le mieux dans le nouveau Monde. « Le médecin est un des martyrs de la société moderne, » s'est écrié le vénérable président ; son lot est un lot malheureux. » Eh bien ! c'est comme en France alors !

Dr Marsh.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du charbon

Le Dr Chipault (d'Orléans) a communiqué à la Société de chirurgie (séance du 4 août) l'intéressante observation suivante :

Une femme enceinte présente sur le bord radial de l'avant-bras une tache noire, entourée d'une couronne de phlyctènes. La région est empâtée; la peau est tendue et couverte de taches rougeâtres, séparées par des portions de couleur normale. Le 13, on injecte à un cobaye quelques gouttes de sérosité provenant de la pustule; l'animal meurt trente-six heures après l'injection, et on trouve des bactéridies dans le sang et dans presque tous les organes. Pendant ce temps, l'œdème s'étant étendu à l'épaule, on fait à la femme, le troisième jour, deux injections hypodermiques de 20 gouttes chacune, à quelques centimètres au-dessus de la zône phlycténoïde, avec la solution suivante :

Iode..................	0,25
Iodure de potassium....	0,50
Eau....................	1 litre.

Ces injections provoquent une vive douleur qui dure une demi-heure. La malade prend, en outre, toutes les deux heures, la moitié d'une petite tasse de la même solution. Pansement à l'acide phénique. A partir de ce moment, le gonflement diminue, le centre de l'eschare se détache, l'état général s'améliore peu à peu. On fait de nouvelles injections iodées et, le 17, on pratique à un autre cobaye une injection avec un peu de sérosité. L'animal résiste à cette inoculation. Neuf jours après le début de la maladie, la guérison de la malade était assurée, et sa grossesse continuait sans interruption. L'auteur croit pouvoir attribuer la guérison à l'emploi exclusif de la méthode antivirulente indiquée par Davaine.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous-cutanées d'iode en solution, par le Dr A. Chipault chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de la Société de chirurgie, etc. etc. Librairie Germer-Baillière. Paris, 1880.

Au moment où l'Académie des sciences et l'Académie de médecine sont saisies de la question si intéressante des maladies charbonneuses, rien ne pouvait venir plus à propos que la publication de M. le Dr Chipault.

L'auteur, s'inspirant des travaux de M. le Dr Davaine, résolut, comme il le dit lui-même, de mettre à profit, dès qu'il en aurait l'occasion, les recherches de ce savant distingué.

Grâce à une de ces bonnes fortunes qui n'arrivent qu'à ceux qui savent les chercher, il a été donné au chirurgien d'Orléans d'observer, en l'espace de trois mois, quatre malades dont trois étaient atteints de pustules malignes, et un autre d'un œdème malin des paupières. Ces quatre malades ont été exclusivement traités par les injections sous-cutanées d'iode en solution, par les boissons iodées à l'intérieur, et l'application de compresses imbibées de la même solution sur le mal lui-même. Tous les quatre ont guéri.

Toutes les fois que cela lui a été possible M. Chipault n'a pas manqué de faire la preuve de son diagnostic en inoculant des cobayes dans le sang desquels il retrouvait, à l'aide du microscope, la base même de toute maladie charbonneuse, c'est-à-dire la bactéridie.

Toutes ces observations sont recueillies avec un soin minutieux, et ce qui leur donne plus de poids (chose sur laquelle le Dr Chipault n'a pas insisté avec une modestie que nous comprenons) c'est qu'elles sont les seules qui soient pures de tout autre traitement, et les seules aussi sur lesquelles on puisse entamer une discussion sérieuse sur la valeur du traitement antivirulent.

A l'exception de celle du Dr Bourguignon parue dans la *Gazette médico-chirurgicale* de Strasbourg.

En effet, dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour de pustules malignes et d'œdèmes malins traités par les injections iodées ou phéniquées, on peut voir que ces dernières ont tou-

jours été précédées ou suivies de la cautérisation, si cela dénote de la part de leurs auteurs une bonne volonté que nous nous empressons de reconnaître, cela leur ôte cependant toute valeur scientifique. Et cela est si vrai que ceux-là même qui s'en sont le plus occupés l'avouent implicitement, lorsque, comme le Dr René Raimbert (Thèse de Paris, 1880) ils concluent à la supériorité de la cautérisation sur toutes les autres méthodes. Et voilà pourquoi aussi la *Gazette des Hôpitaux* analysant la thèse d'ailleurs excellente de notre confrère conclut qu'il ne faut conclure à rien.

C'est, à notre avis, le grand mérite du Dr Chipault d'avoir su présenter la question d'une façon tellement claire et précise qu'il n'y a plus prise aux objections. C'est pourquoi il n'hésite pas à conclure, lui, à la supériorité du traitement par les injections iodées pour trois raisons : « 1° Parce qu'il s'attaque à la virulence même; 2° parce qu'il procure une guérison plus rapide ; 3° et aussi parce que cette médication ne laisse aucune trace de son emploi. ».

Aussi croyons-nous que tons les praticiens qui s'intéressent à cette question feront bien de prendre connaissance de ce mémoire.

Ils y trouveront un historique bref mais complet de la question ; des observations réellement intéressantes et prises au point de vue scientifique le plus absolu; l'indication du traitement et la manière de procéder données avec les détails les plus minutieux. « Trop heureux, comme le dit l'auteur, si j'arrive ainsi à éveiller l'attention sur un moyen utile et facile à employer. »

Dr Beaurieux

Chemin de fer de l'Ouest. — Service international entre la France et l'Angleterre, par Cherbourg et Weymouth. — Départs quotidiens (dimanches exceptés). Paris et l'ouest de la France en communication directe avec Bristol, Liverpool, Manchester, Birmingham et l'ouest de l'Angleterre.

Billets simples, valables 7 jours ; billets aller et retour, valables pour un mois. — Trains express, grands steamers, excursions à prix réduits, Angleterre, Irlande, Ecosse.

CORRESPONDANCE

— Dr C., à A. (Yonne), 5 octobre.

Vous dites : « *A quel titre le nom de M. Delalain figure-t-il dans le* Concours *et puis-je lui adresser un de mes clients pour une opération et une prothèse dentaire consécutive.* » *M. Delalain* nous a été présenté par un de nos adhérents. Nous avons appris qu'il s'était consacré, depuis des années, aux restaurations les plus difficiles, en faveur des malades des hôpitaux et des blessés de nos dernières guerres ; que les membres de l'Ecole de Médecine s'empressaient, quand il s'agissait d'une opération délicate, d'adresser le *malade pauvre*, à M. Delalain. Nous avons appris, en outre, qu'il avait à son avoir des traits de générosité que ne comportait pas toujours sa position et qu'il avait été nommé pour ses travaux *lauréat de l'Académie* et *officier d'Académie*. Nous avons jugé qu'il conviendrait à un membre du *Concours* ... talent et qui plus est un honnête homme. Vous pouvez donc vous adresser à lui en toute sécurité, pour votre client. Nous avons regretté que l'espace dont nous disposons, n'ait pu uous permettre jusqu'ici de reproduire une des restaurations de *M. Delalain;* ce que nous ferons dans un des prochains numéros.

— Dr M., à L. (Nord), 6 octobre.

Nous rechercherons, comme vous le désirez, un fournisseur connu pour les objets se rapportant à la géologie, minéralogie, histoire naturelle. Vous devriez vous charger d'établir, entre les nôtres, à ce propos, une correspondance d'échanges. On réserverait une fois par mois, par exemple, une colonne du journal à ce genre de concours. On vous adresserait les lettres afférentes.

— Dr L., à L.-R. (Charente-Inférieure), 6 octobre.

Vous êtes inscrit, sur la demande de M. D... Nous sommes heureux des promesses de concours que vous voulez bien uous adresser.

— Dr D., à A. (Seine).

Merci, l'envoi et l'inscription sont faits.

— Dr L., 541 (Rhône), 5 octobre.

Vos réflexions sur les sociétés seront les bienvenues.

— Dr C., à St-M., 9 octobre.

Votre abonnement est fait.

— Dr C., 178 (Gard).

Fait l'envoi au Dr D. et G. Merci du renvoi des numéros en double. Nous serions obligés à ceux de nos lecteurs qui pourraient disposer du n° 28 de 1880, de nous l'adresser.

— Dr S., 901 (Indre-et-Loire).

Heureux de votre assentiment, vous pourriez, s'il y avait lieu, représenter plus tard la proposition. Merci du renseignement sur le procédé de M. V.

— Dr A., à T. (Var), 3 octobre.

Vous dites : « *Un numéro du* Concours *m'étant arrivé sans timbre-poste, le facteur m'a réclamé 0.60 centimes pour affranchissement. Je trouve ce bénéfice de la poste bien excessif.* » Nous vous prions, à l'avenir, ainsi que tous nos lecteurs, à qui adviendrait pareille mésaventure, de refuser le numéro et de nous le réclamer, par carte-poste. Economie 0.50 centimes.

— Dr C., à C. (Jura), 4 octobre.

Votre lettre sera insérée. Envoyé les programmes aux docteurs R. et R. Reçu votre mandat pour l'abonnement que vous voulez payer bénévolement, quoique membre fondateur. Nous avons trouvé, le jour même, à en faire l'emploi selon votre désir. Vous recevrez une lettre à ce sujet.

— Dr M., à N. (Oise), 8 octobre.

Merci.

— Dr L.-M. (Aube).

L'inscription est faite.

— Dr L., 42 (Meurthe-et-Moselle), 6 octobre.

La rectificatiou a eu lieu. Inutile de vous dire que l'article en question pour pouvoir être inséré devra se référer à un instrument qui ne soit pas dans le commerce.

— Dr F., à St-E. (Rhône), 7 octobre.

Votre intéressant travail sera inséré.

— Dr C., à C. (Pyrenées-Orientales).

Les deux confrères ont été inscrits. Nous vous sommes très-obligés de votre renseignement et allons écrire à M. R. Le confrère qui à la date du 10 octobre, Paris, nous écrit en signant : *Un de vos adhérents*, devrait bien nous donner l'adresse du fournisseur qu'il a en vue, puisqu'il connaît cette question bien mieux que nous.

— Dr T., à St-H. (Gard).

Reçu votre mandat. Vous recevrez une lettre explicite.

— M. F., méd., à L.-V. (Var), 11 octobre.

Vous êtes inscrit.

— Dr P., à C. (Tarn-et-Garonne), 11 octobre.

Ces retards sont indépendants de notre volonté. La publication de votre travail aura lieu incessamment.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 43 23 octobre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Roger toujours jeune et infatigable, a quitté mardi le fauteuil pour lire un rapport sur divers travaux relatifs au *traitement de la coqueluche dans les usines à gaz.*

Les travaux adressés à l'Académie consistaient en deux notes de MM. les Drs Baldou et Becquet, une lettre de M. Oulmont et deux mémoires de M. Commenge et de M. Bertholle basés sur de nombreuses observations recueillies aux usines de Saint-Mandé et des Ternes. Avant de les analyser, M. Roger donne quelques détails sur la disposition des salles d'épuration du gaz et sur les produits que les coqueluchеux y respirent.

La salle d'épuration est une pièce immense, à larges baies et portes ouvertes à tous les vents : celle de Saint-Mandé contient vingt-quatre cuves renfermant chacune 5 mètres cubes de matières épuratrices (chaux et sulfate de fer allégés par de la sciure de bois) que le gaz doit traverser. Comme les ouvriers sont toujours en train de vider ou de remplir quelques-unes de ces cuves, les coqueluchеux installés sur les bords ou même qu'on laisse jouer dedans, inhalent les vapeurs qui s'en dégagent; ils sont plongés, comme dans un brouillard, dans une atmosphère complexe où dominent le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide phénique et des produits goudronneux.

Quels ont été les résultats thérapeutiques du traitement de la coqueluche à l'usine? Les observations de M. Commenge portent deux cent quatre-vingts enfants, et cent soixante-neuf seulement sont utilisables (cent onze coqueluchеux n'ayant plus été ramenés par leurs parents après une ou deux séances). Chez vingt malades, la médication aurait échoué complétement ; dans quarante-huit cas on aurait obtenu de l'amélioration, et la guérison dans cent-un. La statistique de M. Bertholle comprend trois cent quarante-et-un cas : sur ce nombre, cent vingt-deux coqueluchеux sont notés comme améliorés et deux cent dix-neuf comme guéris, sans qu'il soit aucunement question ni d'insuccès, ni à plus forte raison de morts.

Si l'on acceptait ces chiffres sans examen un peu sévère, on devrait proclamer l'inhalation des substances volatiles provenant de l'épuration du gaz comme le meilleur remède contre la coqueluche ; compter avec MM. Commenge et Bertholle, sur 510 coqueluchеux, 490 améliorations et seulement 20 insuccès sans aucun cas mortel, ce serait un admirable résultat ; mais il suffit de décomposer ce total pour en réduire singulièrement la valeur : ainsi M. Bertholle n'a pas donné le chiffre précis des échecs de la médication ; ainsi, en regard de ce nombre de 490 améliorations ou guérisons, il faut placer celui de 671 malades qui ont été éliminés justement des statistiques précitées, parce qu'ils n'avaient plus reparu à l'usine après une ou deux séances ; comme on ne s'est pas assuré des raisons de ce départ, n'est-il pas présumable que la moitié au moins n'est point revenue parce que la coqueluche ne s'était pas amendée et même qu'elle s'était aggravée. Le nombre inconnu des insuccès empêche donc que l'on puisse avoir une idée exacte de la proportion des succès connus, et la statistique précédente en est certainement viciée.

Ainsi encore les coqueluchеux déclarés guéris à l'usine n'ayant pas été suivis à domicile, on est en droit de se demander jusqu'à quel point leur guérison était complète.

Il est d'ailleurs évident que l'on aura presque exclusivement à traiter dans les usines des cas légers ou moyens, puisque les sujets atteints de coqueluche très-forte ou compliquée n'y viennent point, et ceux dont la maladie s'aggrave après quelques visites n'y sont plus ramenés. Ajoutons que les usines étant situées dans des quartiers excentriques, on n'y apporte pas les enfants qui sont très-jeunes ou dont la coqueluche est fébrile ; on ne les expose point pendant les mois d'hiver, où la pyrexie a déjà plus de chances de gravité, au danger des refroidissements qui détermineraient des complications broncho-pulmonaires si souvent mortelles.

La preuve que les choses se passent de la sorte, c'est qu'il y a absence totale de décès dans les

statistiques de MM. Commenge et Bertholle : sur 1,181 coquelucheux, pas un seul mort ! C'est un résultat par trop dissemblable de ceux que fournit la clinique.

D'après les auteurs de ces statistiques, la durée de la coqueluche serait considérablement abrégée par la médication gazeuse, puisque dix ou douze séances en moyenne, c'est-à-dire un traitement de deux septénaires, auraient suffi pour la guérison. Mais pour préciser l'influence d'un remède sur la coqueluche, deux dates fixes et certaines sont indispensables, celle du début, et celle surtout de la fin qui est si difficile à établir ; ces dates manquent dans la plupart des faits susmentionnés, où manque aussi un renseignement capital, celui du jour où la médication gazeuse a été commencée.

Après l'analyse de ces mémoires, M. Roger expose les travaux de moindre importance et relatifs au même sujet qui ont été soumis à l'examen de l'Académie. Presque tous sont plus ou moins contraires au traitement à l'usine.

De la comparaison de ces travaux, le rapporteur conclut que les inhalations gazeuses n'ont d'action, et encore limitée, que sur un élément de la maladie, le catarrhe : qu'elles sont contre-indiquées dans les coqueluches fébriles, et qu'elles seraient plutôt nuisibles dans les complications si fréquentes d'inflammations broncho-pulmonaires.

Ce n'est pas, du reste, un traitement de toutes les saisons ; sans inconvénient en été, il devient dangereux en hiver, par l'intercurrence de phlegmasies pulmonaires plus graves que la coqueluche elle-même.

Avantages et inconvénients compensés et comparés, dit en terminant M. Roger, la médication gazeuse est loin d'avoir une vertu thérapeutique supérieure à celle des remèdes classiques adoptés par la généralité des praticiens (vomitifs, belladone, antispasmodiques).

Elle répond comme eux, à certaines médications, et elle est, par exemple, susceptible de modifier en quantité et en qualité les sécrétions bronchiques ; elle peut, à un jour donné, tempérer quelques-uns des symptômes si nombreux et si variables de cette pyrexie à longues périodes ; mais comme eux aussi, elle n'a aucune action abortive ni spécifique.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

II

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Il nous reste à étudier le traitement local de la métrite chronique. Seulement, avant d'entrer dans quelques détails à ce sujet, il est nécessaire de protester contre la tendance qu'ont certains praticiens à donner à l'ulcération du col une importance trop considérable. Il arrive alors que le traitement général est négligé. Il est certain que dans cette question il faut savoir, comme en toutes choses, observer un juste milieu.

La teinture d'iode est, peut-être, le médicament le plus fréquemment employé, il est utile dans le traitement de la métrite parenchymateuse, sans ulcérations de la muqueuse, c'est encore un des agents qui rendent le plus de services dans le pansement de ces ulcérations.

La teinture d'iode modifie avantageusement l'état des surfaces de la muqueuse ulcérée, et cette modification, qui est souvent fort rapide, complète de la façon la plus favorable l'action résolutive qu'on ne saurait lui contester. Elle a surtout cet avantage précieux, dit M. Gallard, qu'elle peut toujours être employée utilement, même dans les cas où elle réussit le moins bien, alors même qu'il faudrait plus tard recourir à des moyens plus actifs, et qu'elle n'expose jamais à aucun danger, pas même au plus léger inconvénient. C'est plus particulièrement quand la surface ulcérée est large, rouge, mollasse, et que le col est considérablement tuméfié, surtout s'il y a un peu d'empâtement dans les tissus péri-utérins, qu'il est bon d'y avoir recours.

Quand les ulcérations sont facilement saignantes et ont un aspect variqueux on peut toucher avec le perchlorure de fer (solution Pravaz à 30 degrés).

Scanzoni recommande, l'acide pyroligneux, il est plus actif que la teintnre d'iode et que le nitrate d'argent. Dans ce cas lorsqu'on est en présence d'une de ces productions qui tiennent le milieu entre le condylome et l'ulcère, M. Gallard préfère ou l'acide acétique cristallisable, qui donne d'excellents résultats, quoique son application soit très-douloureuse, ou l'acide phénique dissous dans l'alcool.

On a aussi recours à l'acide chromique, mais son usage n'est pas très répandu. M. Siredey notamment, en fait un très-fréquent usage, et en a obtenu de très bons résultats. L'emploi à l'acide chromique demande quelques précautions. Il faut, ou se servir d'un pinceau d'amiante, ou, si l'on n'a à sa disposition qu'un pinceau de charpie, avoir le soin de le porter immédiatement sur la partie à cautériser, sans le tenir trop longtemps à l'air, car alors la charpie se carboniserait sous l'influence de l'action de l'acide chromique. Cet effet, qui témoigne de l'excessive activité du caustique, permet de préjuger l'énergie de son action. Il donne lieu à une eschare jaunâtre, sèche, analogue à celle du cautère, quoique un peu moins profonde, et il n'a pas, comme la plupart des autres caustiques, l'inconvénient de fuser au-delà des points directement

touchés. Cependant, il est toujours bon de pratiquer une injection d'eau fraîche, immédiatement après s'en être servi, afin d'enlever l'excès de caustique qui pourrait rester sur les parties cautérisées.

Lorsque les ulcérations pénètrent jusque dans le col, M. Gallard recommande l'emploi de crayons médicamenteux préparés d'après les formules suivantes :

1° Formule des crayons de tannin :

Pr. :	Tannin.............	2 grammes.
	Glycérine pure......	3 gouttes.

Pour quatre crayons de 5 centimètres de long.

2° Formule générale pour la confection des crayons autres que les crayons de tannin :

Pr. :	Substance médicamenteuse (Iodoforme, sulfate de zinc, perchlorure de fer, etc.)............. }	ãã 2 g., 50
	Gélatine.................. }	ãã 2 g., 50
	Glycérine pure..........	5 gouttes.

Pour dix crayons d'une longueur de 6 centimètres.

3° Quant aux crayons de nitrate d'argent, soit pur, soit mitigé par le nitrate de potasse, ils sont confectionnés, comme on le sait, en faisant fondre ces substances dans une capsule et en les coulant ensuite dans une lingotière.

Lorsqu'on fera usage de nitrate d'argent, nous pensons que les solutions sont préférables aux crayons, du moins lorsque l'ulcération ne s'étend pas dans le col. On emploiera alors deux solutions : l'une forte, l'autre faible, l'une au 50, l'autre au 100e. La cautérisation est plus égale et plus certaine. Faisons remarquer que le nitrate d'argent est un médicament dont on abuse un peu trop dans le traitement des ulcérations du col, que son action utile est limitée à certaines ulcérations peu étendues, et que dans quelques circonstances, il est nuisible et retarde de la guérison.

Avant d'énumérer un certain nombre d'autres substances, nous examinerons avec M. Gallard deux questions très-intéressantes et très-embarrassantes pour le praticien. Il s'agit des ulcérations du col chez la vierge et chez la femme enceinte.

Les ulcérations qui se rencontrent sur le col de l'utérus des filles vierges, et celles qui se produisent pendant le cours de la grosesse, dit ce savant gynécologiste, ne doivent pas être traitées absolument de la même façon que celles qui se rencontrent dans les circonstances ordinaires.

La métrite sous l'influence de laquelle se produisent les ulcérations observées chez les vierges, conserve longtemps un caractère d'acuité très-marqué. Il en résulte qu'on peut compter davantage sur les heureux effets de la médication antiphlogistique, et n'avoir recours au traitement topique, principalement aux applications caustiques, qu'après avoir essayé des moyens qui ne nécessitent pas une intervention aussi directe, on évitera ainsi bien des mécomptes et des déceptions. Si cependant elles persistent, ce que l'on reconnaît par le toucher ou par la nature de l'écoulement, il ne faut pas hésiter à faire usage du spéculum pour les découvrir et les soigner, absolument comme s'il s'agissait d'une femme déflorée. La seule précaution à prendre est de choisir un spéculum dont le diamètre est en rapport avec celui de la vulve, lorsqu'elle est encore pourvue de sa membrane hymen, et l'appliquer avec certaine précaution.

Beaucoup de médecins se servent du nitrate acide de mercure pour le pansement des ulcérations du col. C'est là un médicament dangereux. On a cité des cas d'empoisonnement dus à l'absorption du médicament. Dans tous les cas, il est fort dificile de limiter l'action de la substance active, et lorsque le col a un aspect fongueux, on devra préférer l'acide chromique dont l'action se limite facilement.

En ce qui concerne les ulcérations du col chez les femmes enceintes, la première question à résoudre est celle de savoir si l'on doit intervenir activement pour les soigner ou s'il ne vaut pas mieux attendre pour s'en occuper que l'accouchement ait eu lieu.

Cette dernière pratique est celle d'Aran, de Gosselin, de Richet, de Verneuil, tandis que Bardinet, H. Bennet, Boys de Loury et Costilhes veulent qu'on les traite aussi énergiquement que l'on ferait si l'utérus n'était pas gravide, et qu'au besoin même l'on ne recule pas devant l'emploi du fer rouge. M. Gallard se range du côté de ces derniers praticiens et pense comme eux que l'on est bien plus exposé à voir l'avortement se produire, si l'on abandonne à elle-même la métrite chronique coïncidant avec la grossesse et donnant lieu à des ulcérations du col, que si l'on a soin de la traiter d'une façon convenable.

M. Gallard traite donc les ulcérations du col pendant la grossesse, et les cautérise même, mais non pas avec le fer rouge, ni avec les caustiques les plus énergiques, il évite même de se servir de la teinture d'iode et il ne conseille pas d'employer l'iodoforme, mais il se sert souvent avec succès de la solution d'azotate d'argent. A l'appui de son opinion, M. Gallard rapporte l'observation d'une

jeune dame, qui, après avoir eu trois avortements successifs vers le quatrième ou le cinquième mois, parce qu'on n'osait pas la soigner pendant le cours de ses grossesses, a pu enfin en mener une dernière à bien, grâce au traitement dirigé contre la métrite chronique, dont elle était affectée, et contre l'ulcération du col, qui en était la conséquence.

Cette question résolue ainsi par M. Gallard est loin de l'être d'une façon aussi affirmative par beaucoup de chirurgiens. Il est évident que des deux côtés on a cité des observations favorables à l'une ou à l'autre de ces opinions; d'autre part, il faut se rappeler que le danger de l'avortement est considérable chez certaines femmes; chez lesquelles l'avortement survient parfois, *pour un rien*, tandis que des chocs violents, des chutes, des traumatismes considérables, en un mot, n'ont pas réussi à entraver la marche régulière de la grossesse chez d'autres femmes.

Il faudra donc, avant de se décider à intervenir activement chez la femme enceinte, consulter avec soin les antécédents de la malade, tenir compte de son état général, et ne se décider que lorsque la nécessité deviendra urgente. C'est une question d'appréciation souvent difficile à résoudre, mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'ériger ce principe de l'intervention active ou de l'expectation absolue dans les ulcérations du col chez la femme enceinte.

(*A suivre*).

MENTON ET MACHOIRE ARTIFICIELS

Prothèse de M. Delalain

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

Le sujet de cette observation est un nommé Robert, ex-soldat au 91e de ligne, blessé à Gravelotte par un éclat d'obus qui lui enleva une portion osseuse de la région mentonnière supportant onze dents.

Emmené prisonnier en Allemagne, on lui proposa une opération autoplastique, qui consistait à restaurer l'ensemble de la figure en faisant à l'aide des parties molles latérales à l'ouverture une sorte de menton. Comme le bénéfice de cette opération était problématique, il s'y refusa, préférant attendre son retour à Paris, mais ultérieurement il se produisit des brides cicatricielles très-vicieuses, *avec une* difformité épouvantable. Aujourd'hui la bouche est remplacée par une vaste cavité délimitée en bas par la gorge, et sur les côtés par les lambeaux frangés des joues, laissant la langue à peu près pendante, et les glandes salivaires sublinguales donnent lieu à un flot continu de la salive, objet d'épuisement pour le mutilé.



BLESSURE

A l'intérieur de la bouche, les portions restantes du maxillaire inférieur supportent à droite trois dernières molaires y compris la dent de sagesse, à gauche deux seulement.

La gustation des aliments est conservée, mais il ne peut avaler ces derniers qu'en s'imposant la position du décubitus dorsal, leur mâchonnement même est impraticable en raison de la mobilité des deux fragments du maxillaire inférieur, dont les dents subsistantes ne correspondent plus avec celles de l'arcade dentaire supérieure. En effet elles se portent soit en dedans de cet arcade soit au dehors se plaçant sur le sillon gingival entre la gencive et la joue, les ulcérant par leur pression.

La prononciation n'est compréhensible que s'il appuie de ses mains les deux branches de ce qui reste de la mâchoire inférieure, de façon à donner à la langue un point d'appui lui permettant de diriger la projection de l'air.

Pour rétablir les fonctions supprimées, deux indications étaient à remplir :

1o Empêcher l'écoulement de la salive au dehors.

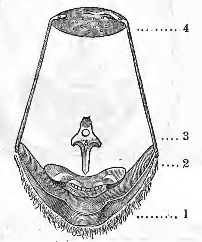
2o Rendre la mastication des aliments praticable.

Après avoir opéré l'extraction des racines afin de présenter, aux bases du dentier postiche supérieur à placer, une surface unie; nous obturâmes quelques dents qui nous paraissaient utiles à conserver, et nous relevâmes les modèles de la mâchoire supérieure et de la région mentonnière.

Il n'était pas possible, comme déjà on avait tenté de le faire avant nous, de confectionner un dentier

à cuvette muni de deux articulations métalliques se fixant à la pièce dentaire supérieure.

Ce dentier ainsi suspendu, et se logeant dans les sillons mobiles des anfractuosités si inégales des lambeaux lacérés des lèvres inférieures, aurait exercé en tous sens sur les parois formées par un tissu cicatriciel très-peu odulaire une pression nuisible, et comme la première règle de la prothèse dentaire, celle à laquelle le dentiste doit se conformer, consiste à rechercher chez l'intéressé, le point d'appui du dentier, pour le prendre le plus solide et le plus naturel possible sans blesser les gencives: comme dans le cas présent cela n'était pas possible, c'est au dehors que nous avons cru devoir prendre le point d'appui de l'appareil muni d'organes internes s'opposant à l'écoulement de la salive.



Organes internes du menton postiche présentés en suspension.

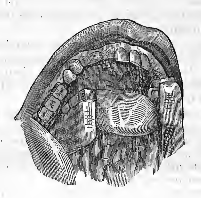
DESCRIPTION

Cet appareil se compose d'un menton très-léger en argent, fixé sur la tête par une petite calotte (no 4). Dans ce menton repose une cuvette en caoutchouc rouge vulcanisé, qui s'y applique et obture exactement les parties molles qui sont ramenées sur un plan incliné de la cuvette que nous appellerons les ailes de l'obturateur buccal et où la salive se déverse pour s'accumuler près de la fausse lèvre munie de dents postiches qui contribuent à rendre intelligible la prononciation.

La langue de ce blessé, n'étant plus soutenue par le plancher buccal, son propre poids l'abaissait d'un autre côté lorsqu'il voulait prendre de la salive pour humecter la langue, cette dernière était obligée de happer en quelque sorte cette salive contenue dans l'obturateur buccal ce qui était une cause de fatigue, alors, pour faciliter son absorption, nous avons cru devoir y ajouter une petite pièce (no 3) en forme de suçoir salivaire qui s'enlève pour manger.

Cette dernière pièce que le dessin représente perpendiculairement va recouvrir l'obturateur où la salive se déverse en servant de plancher d'appui à la langue qui, alors, par un mouvement de succion (tout comme s'il tenait une cigarette) s'empare de la salive à l'aide de trois petits tubes capillaires qui touchent l'extrémité linguale et qui viennent aboutir dans le réservoir salivaire du plan incliné de la cuvette obturatrice.

De cette façon notre appareil s'oppose à tout écoulement au dehors, et si, pour manger, le mutilé retire le suçoir, l'excédent de la salive, pénétrant dans le pain ou la viande, facilite par son imbibition leur mastication avec les cinq molaires inférieures.

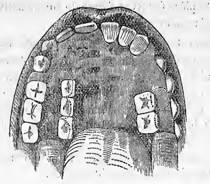


La cavité buccale laissant voir la perte de substance osseuse supportant les onze dents enlevées par le projectile.

Mais, comme nous l'avons dit déjà, ces cinq dents molaires ne correspondaient pas avec les dents de la mâchoire supérieure, la branche de droite était déviée en dedans et les trois molaires qu'elle supportait venaient battre par suite de l'action encore existante des muscles élévateurs, contre l'angle interne des molaires supérieures, glissaient jusqu'au collet de la dent et ulcéraient par leur frottement la voûte palatine.

Les deux molaires de gauche allaient également se porter entre la joue et la gencive qu'elles irritaient de même.

Comme il n'était pas possible de ramener au parallélisme les deux branches du maxillaire inférieur avec les dents du haut, car pour cela il aurait fallu restituer la courbe des onze dents détruites, nous nous sommes contenté pour faciliter la mastication et protéger la voûte palatine, ainsi que les gencives, d'exécuter une pièce dentaire supérieure s'appliquant latéralement aux dents naturelles...



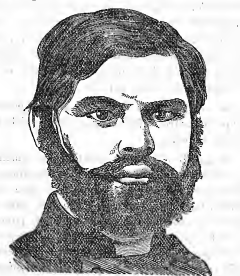
Pièce dentaire placée à la machoire supérieure, les pointillages de droite et de gauche indiquent la place qu'occupent les molaires de la mâchoire inférieure pendant le travail de la mastication.

Nous plaçâmes à droite sur la plaque adhésive au palais et latéralement aux molaires naturelles, trois contre-dents postiches sur la surface desquelles viennent appuyer les dents de la branche droite du maxillaire inférieur qui assurent la trituration des aliments.

Du côté gauche, entre l'arcade dentaire supérieure et la joue, des canines postiches ont été aussi placées; elles ont pour but d'imposer un arrêt forcé au fragment gauche du maxillaire inférieur qui se portait en dehors.

Cette dernière disposition, puisque nous n'avons mis que des dents canines, n'a pas, nous le savons, restitué d'une façon aussi complète que du côté droit la mastication produite par la branche gauche de la mâchoire inférieure, mais elle procure au blessé un avantage précieux, en protégeant les gencives et la muqueuse de la joue de l'irritation produite par les frottements incessants des deux molaires inférieures contre elles.

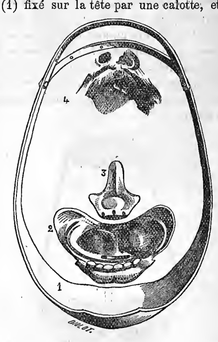
Le menton en argent (no 1), tout en servant de support solide, porte au besoin une partie de barbe postiche se confondant avec celle des joues, masquant au besoin ce qu'il fallait cacher et corriger de repoussant à la vue.



RESTAURATION

Cet appareil très-simple possède l'avantage et le double mérite de rendre possible les actes de la mastication, ainsi que de la prononciation, et d'enlever à la face l'aspect repoussant que lui imprimait la mutilation dont elle était le siége.

Au résumé, et pour faciliter l'intelligence de nos explications, ce système prothétique dont nous soumettons à votre appréciation un nouveau cliché se compose d'un menton très-léger en argent (1) fixé sur la tête par une calotte, et dans



N. 1, menton en argent. N. 2, Cuvette obturatrice recueillant la salive. N. 3, Suçoir salivaire présenté en suspension et horizontalement. N. 4, la blessure.

ce menton repose une cuvette (2) en caoutchouc vulcanisé (ce dernier étant conservateur de la chaleur) remplaçant par un modelage *ad hoc*, la perte de substance. et obturant les parties molles de la blessure.

Ces parties molles sont ramenées sur un plan incliné où la salive se déverse et s'accumule sous une fausse lèvre.

La langue, par un mouvement de succion, s'empare de la salive à l'aide de trois tubes (3) qui viennent aboutir dans le réservoir qui termine le plan incliné.

Quant à la mastication, elle devient possible par l'application d'une pièce dentaire adhérant à la voûte du palais au moyen d'une plaque sur la concavité de laquelle des contredents postiches ont été placées de façon à combattre la mobilité constante des deux fragments de la mâchoire inférieure.

DELALAIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La médecine gratuite

Très-honoré confrère,

Vous faites appel aux membres du *Concours Médical*, pour éclairer et discuter les questions professionnelles ; la médecine gratuite confiée aux médecins cantonaux, est certainement une des plus intéressantes. Voulez-vous me permettre de vous communiquer un document que je n'ai vu imprimé nulle part et que vous publierez si vous le jugez utile à la cause commune? C'est une statistique relative à la médecine gratuite en 1876; elle figurait au pavillon du ministère de l'intérieur, à l'exposition universelle de 1878, et elle me paraît trop intéressante pour devoir rester dans l'oubli.

Ce document ne comprend que 43 départements; est-ce à dire que, dans les autres la médecine gratuite n'est pas organisée? Je l'ignore.

Si l'on prend, au hasard, un département, celui de la Loire, par exemple, on trouve 25.944 francs de ressources pour 34.363 indigents inscrits, soit 0,75 centimes 1/2 par tête. Heureusement pour ces malheureux, 8.645 d'entre eux seulement, ont réclamé des soins, ce qui a élevé leur quotité à 2 fr. 90 cent.

A l'aide de cette somme, on a procuré à chaque individu des aliments, des médicaments et la visite ou la consultation des médecins. On fait encore mieux dans l'Aveyron; chaque indigent *inscrit* aurait droit à 0,45 centimes; la moyenne pour chaque malade effectivement secouru a été de 1 fr. 62 cent.

Un auteur a dit que le ridicule tuait: espérons que la seule publicité donnée à ces chiffres suffira à en faire comprendre l'invraisemblance. Il existe à peine, dans cette statistique, une dizaine de départements où la dépense atteigne une proportion raisonnable.

Il est évident, qu'avec une situation semblable, il y a quelqu'un de dupé. Est-ce le malade, est-ce le médecin? Tous les deux, peut-être: à coup sûr ce dernier.

Mais, me dira-t-on, comment se fait-il, que les crédits soient dépassés dans huit départements seulement; que, dans huit autres, il y ait balance entre les ressources et les dépenses, et que pour le reste il y ait *excédent* des ressources? Les crédits votés sont plus que suffisants, puisqu'une partie des fonds reste sans emploi.

A cette objection, je répondrai par la lettre authentique, qui suit :

Préfecture de... Service médical gratuit.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai fixé à 50 francs, suivant les ressources votées par les communes, la somme qui vous est allouée pour achats de médicaments dans votre circonscription pendant 1877.

Je vous prie de veiller avec soin à ce que ce crédit ne soit pas dépassé.

. . . .

Pour le préfet, le conseiller de préfecture délégué. Signé. (Illisible.)

« ...J'ai fixé à 50 francs..... Veillez avec soin à ce que ce crédit ne soit pas dépassé ! » Telle est la clef du paradoxe.

Du fond de son cabinet l'administrateur aligne son budget; il faut le solder par un excédent, comme tout bon financier doit le faire; et l'on y arrive effectivement. On n'a oublié qu'une chose, c'est de décréter d'avance, pour chaque commune, un maximum fixe et obligatoire de malades et de proscrire toute épidémie.

Josué, d'antique mémoire, a bien ordonné au soleil de s'arrêter,

Blâmerai-je l'administrateur? Mais il ne fait que son devoir ; c'est le système qui est défectueux, c'est la loi qu'il faut réformer.

Les ressources actuellement affectées à la médecine gratuite sont tout à fait insuffisantes ; elles ont de plus le tort d'être limitées étroitement.

Et pour qui connaît la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de faire établir des crédits supplémentaires, il apparaît clairement que cette éventualité se présentera rarement.

Pour conclure, j'exprime le vœu que la médecine gratuite soit réorganisée sur des bases sérieuses.

Tarif réduit pour les médicaments fournis par le pharmacien, mais pas de limite assignée d'avance pour le crédit ouvert.

Traitement honorable et non misérable accordé au médecin :

1o D'après le nombre des indigents inscrits. (Traitement fixe.) Les consultations simples n'ayant pas d'autres rétributions.

2o D'après le nombre des visites faites à domicile et les distances parcourues. (Traitement proportionnel.)

Telle me paraît être, avec beaucoup d'autres confrères, la solution la plus logique.

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments de sympathie et de confraternité.

Dr F... *Membre participant.*

(*Voir le tableau ci-après*)

MÉDECINE GRATUITE (1876).

Tableau statistique du pavillon du Ministère de l'intérieur à l'Exposition universelle de 1878.

DÉPARTEMENTS	NOMBRE des COMMUNES	NOMBRE des INDIGENTS *inscrits*	TOTAL des MALADES *soignés*	TOTAL des RESSOURCES	TOTAL des DÉPENSES	MOYENNE GÉNÉRALE de la dépense par *indigent secouru*	
				fr.	fr.	fr.	c.
Aisne.	837	16.669	4.183	79.389	30.792	7	35
Allier.	317	7.703	6.996	23.573	23.573	3	36
Basses-Alpes.	251	3.058	1.047	17.989	19.620	17	40
Hautes-Alpes.	189	16.141	3.710	14.964	17.327	4	67
Alpes-Maritimes.	152	5.637	1.586	8.958	3.793	2	39
Ardennes.	502	5.994	1.654	17.549	20.282	12	26
Ariége.	336	12.791	6.532	15.902	14.938	2	25
Aude.	436	6.965	1.868	15.526	15.526	8	31
Aveyron.	295	16.511	3.650	7.368	5.907	1	62
Bouches-du-Rhône.	108	3.529	1.753	7.992	4.158	2	37
Cher.	291	12.514	3.634	36.910	29.065	7	99
Corse.	363	26.740	9.870	20.247	20.247	2	05
Doubs.	638	13.180	6.175	21.388	18.282	2	96
Drôme.	372	10.529	5.368	19.575	19.926	3	71
Haute-Garonne.	585	16.660	5.435	35.055	32.172	5	91
Gers.	465	7.949	5.024	59.299	59.299	11	77
Gironde.	552	5.330	2.043	48.788	43.224	21	15
Ille-et-Vilaine.	253	29.520	5.456	31.041	30.039	3	94
Indre.	245	5.824	1.704	14.340	14.510	4	90
Indre-et-Loire.	282	6.703	1.019	29.396	26.478	20	32
Isère.	558	11.511	3.756	24.629	24.629	6	55
Landes.	333	4.491	1.163	21.276	12.963	11	14
Loire.	329	34.363	8.645	25.944	25.149	2	90
Loiret.	349	16.841	3.084	23.500	24.669	7	97
Lot.	323	11.995	5.298	17.057	17.272	3	26
Maine-et-Loire.	381	15.433	10.105	90.045	90.045	8	91
Marne.	665	8.754	3.432	35.247	33.501	9	75
Meurthe-et-Moselle.	596	22.573	3.313	27.760	23.081	6	96
Meuse.	586	6.741	2.786	33.769	27.269	9	78
Nièvre.	313	3.738	2.062	15.164	14.725	7	18
Oise.	701	8.782	1.607	17.965	17.817	11	98
Pas-de-Calais.	904	95.386	30.073	84.551	84.551	2	81
Basses-Pyrénées	558	16.505	11.502	45.635	45.635	3	96
Haut-Rhin (Belfort).	106	6.424	3.129	19.860	10.628	3	15
Haute-Saône.	583	16.209	5.690	32.483	30.861	5	42
Saône-et-Loire	589	15.000	2.942	31.951	30.217	10	27
Sarthe.	386	37.209	10.010	79.265	75.744	7	56
Seine-et-Oise.	686	18.275	4.881	119.733	93.754	19	20
Deux-Sèvres.	356	19.732	4.705	15.550	26.534	3	95
Somme.	835	23.375	3.545	54.835	30.772	8	96
Tarn.	318	10.094	1.113	22.665	17.256	9	51
Tarn-et-Garonne.	194	10.583	6.815	32.877	24.487	3	59
Vaucluse.	150	5.466	2.838	12.964	12.100	4	22
43 départements.	18.366	649.654	215.702	1.389.899	1.242.767		

Le tableau ci-dessus comprenait cinq autres colonnes dont je n'ai recuilli que les chiffres totaux, et qui sont les suivants; la dépense restant la même.

1° Indigents ayant reçu des soins seuls :	119.150
2° Indigents ayant reçu des soins, des médicaments et des aliments :	145.657
3° Visites chez les malades :	464.189
4° Consultations :	206.089
5° Vaccinations :	170.032

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis infantile.

— L'action du mercure est réellement puissante dans la syphilis infantile. Voici, le traitement que je conseille de prescrire, en pareil cas, et de faire rigoureusement exécuter.

Tous les matins et tous les soirs, vous ferez faire à l'enfant des frictions, alternativement, dans les aisselles, aux aines, aux jarrets, avec l'onguent napolitain.

Quatre fois par jour, vous lui ferez prendre cinq gouttes de liqueur de Van Swieten dans un peu de lait, en augmentant, au besoin, jusqu'à trente, quarante gouttes par jour. Vous recommanderez d'employer, pour cet usage, des cuillers en bois, ou des tasses en porcelaine, car les cuillers d'argent seraient rapidement recouvertes d'amalgame et altéreraient la préparation mercurielle.

Ce traitement doit être longtemps continué, pendant des mois entiers. Je ne recommande point de le suspendre pendant la première période, mais de se contenter d'abaisser et d'élever les doses d'une façon méthodique. A moins, toutefois, que l'amendement rapides de tous les signes n'indique un arrêt momentané du virus syphilitique. Je ne puis vous donner des conseils plus précis. C'est une affaire de tâtonnements. Quand, par exemple, la peau du visage reprend sa transparence, que le nez se dégage et que la région anale se nettoie; quand le sommeil, le calme renaissent et le développement de l'enfant a repris son cours je diminue graduellement les doses de liqueur de Van Swieten. De 30 gouttes je descends successivement à 20, à 10, à 5 gouttes par jour, et, à la moindre recrudescence de symptômes locaux ou généraux, je reprends rapidement les doses élevées. Il en est de même des frictions cutanées. J'en diminue l'étendue, ou le nombre, simultanément, — comme le chiffre des gouttes, — sans jamais les suspendre complètement pendant les cinq ou six premiers mois des manifestations syphilitiques. Cette ligne de conduite m'est dictée par la marche rapide du virus chez les nouveau-nés. Aussi, est-ce de bonne heure, vers le quatrième et le cinquième mois, que vous commencerez l'administration concomitante de l'iodure de potassium. Vous le prescrirez sous forme de sirop de Gibert dont l'enfant prendra en quatre ou cinq fois, étendu dans de l'eau, la dose d'un quart à une demi-cuillerée à café par jour comme pour la liqueur de Van Swieten, élevez et abaissez la dose en vous guidant sur la marche de certains signes évidents, et de l'état général des forces. Puis, arrivés à cette période déjà éloignée, cherchez, si l'enfant paraît en bon état, cherchez à suspendre tout traitement, tout en redoublant d'attention, tout en guettant le retour offensif de la maladie.

Vous devez être surpris de ne point m'entendre vous parler des bains de sublimé, dont l'emploi est si général. C'est qu'en effet, je ne crois à leur efficacité que dans les cas d'exulcération de la peau. Autrement, voici ce que j'ai pu observer maintes et maintes fois quand je suivais cette pratique. Ou bien le bain de sublimé est trop court et le mercure n'agit que comme une lotion, utile, sans doute, mais sans exercer une action assez profonde pour enrayer la syphilis; ou le bain est trop prolongé et l'enfant s'affaiblit par le fait du séjour dans l'eau chaude, bien plus qu'il ne se réconforte par le mercure qu'il absorbe. Je ne crois pas, en outre, qu'il soit favorable aux petits syphilitiques d'être constamment exposés aux refroidissements, auxquels ils sont très-sensibles. Ils manquent de calorique. Les forces de la vie n'en produisent guère chez eux. C'est pour toutes ces raisons résumées que je fais absorber le mercure sous forme de frictions, de liqueur de Van Swieten, et que je me contente, quand j'en reconnais la nécessité, des lotions de sublimé comme modificateur local des nombreuses manifestations cutanées dans la région anale.

L'enfant doit être maintenu dans des appartements chauffés à une assez haute température (18° à 19°), entouré de langes épais, ne pas être sorti dans la mauvaise saison, par les grands froids. On ne le soumettra à l'hygiène des bébés qu'après une très-notable amélioration. Il va de soi qu'il ne peut être confié, pour l'allaitement, qu'à sa mère, puisque les accidents secondaires de la cavité buccale sont notoirement contagieux. A défaut de la mère, procurez-lui du bon lait de vache; mais je vous l'ai dit à satiété, cet allaitement artificiel est loin de valoir, surtout chez ces petits malades, le lait de la mère. C'est à l'aide de ce traitement et de ces précautions que vous arriverez, quelquefois, à enlever à une mort certaine ces malheureux syphilitiques. Ne vous endormez pas dans une sécurité trompeuse, craignez les récidives, Avertissez les parents. Il faut que l'enfant soit souvent soumis à votre examen, même si son développement est en faveur d'un retour persistant à la bonne santé. Vons trouverez alors telle petite tache, tel petit point de repère qui varie, du reste, avec chaque malade, vous indiquant la présence du virus et sa tendance à faire de nouvelles apparitions. Je vous ai rapporté l'histoire de petits syphilitiques, aujourd'hui déjà grandets, qui, de temps à autre, ont besoin d'une sorte de petite cure périodique par le mélange associé du mercure, et, si la mère nourrit, de l'iodure de potassium. Telle est la règle, même dans les cas les plus heureux. Prenez-en bonne note. (Extrait d'une leçon clinique de M. Jules Simon, *in Progrès médical.*)

Mixture dentifrice.

M. Jules Simon recommande la préparation suivante *pour prévenir* le développement d'une stomatite mercurielle dans le cours de la médication antisyphilitique.

Cette mixture s'emploie mélangée avec de l'eau chaude dont le malade se gargarise matin et soir et après chaque repas.

Eau de Botot artificielle......	200	grammes.
Alcoolature de Cochléaria.....	10	—
Teinture de quinquina........	8	—
Teinture de Cachou..........	4	—
Teinture de Benjoin..........	2	—

Traitement de la cystite du col

Voici quelles sont les règles indiquées par M. Diday (dans l'article *Cystite*, du *Dict. Encycl.*, par le docteur Chauvet.)

Boire trois ou quatre fois par jour un grand verre de tisane de lin émulsionnée d'orgeat, de manne, de feuilles d'oranger, de queues de cerise, de pariétaire, de marchantia, d'eau d'Evian ou de Contrexéville.

Appliquer au bas des reins un emplâtre stibié de dix centimètres de côté; ne l'ôter que lorsqu'il aura produit quelques boutons. Résister à l'envie de pousser fortement les dernières gouttes d'urine, précepte important et dont la pratique exerce une influence immédiate et heureuse sur le ténesme et l'exhalation sanguine.

Délayer dans un verre de tisane et prendre trois fois par jour un des paquets suivants :

Sucre pulvérisé..........	15 grammes.
Poudre de feuilles de jusquiame.	2 grammes.

Mêlez, faites 20 paquets.

On produit ainsi une narcose lente, insensible, que l'on favorise par des onctions au périnée avec une pommade belladonée ou par un suppositoire rectal avec 1 ou 2 décigrammes d'extrait de belladone ; si la douleur persiste on peut porter les narcotiques jusqu'à dose toxique en exerçant une active surveillance.

Pendant la matinée à jeun, boire toutes les demi-heures une cuillerée à bouche de : infusion de 3 grammes de feuilles de jusquiame dans 100 grammes d'eau bouillante. Cessez si, avant la fin de la dose, le malade se plaint de sécheresse de la gorge ou d'un peu d'assoupissement. En quelques heures, il y a presque toujours du soulagement, parfois une guérison complète. Si cette dose ne produit pas un effet semi-toxique, faire prendre le lendemain une infusion avec 4 ou 5 grammes de jusquiame. Reprendre la médication au bout de quelques jours si l'amélioration ne s'est pas maintenue. Le café est l'antidote de la jusquiame.

La glace est très-efficace dans les cas d'engorgement prostatique, de pertes séminales et contre le ténesme anal ; son emploi est contre-indiqué par des hémorrhoïdes habituelles. On laisse fondre dans la bouche ou dans la main un morceau de glace oblong de la grosseur d'une amande, pour en faire disparaître les aspérités, puis on l'introduit dans le rectum et on l'y laisse fondre. On en met ainsi successivement deux, trois ou quatre à vingt ou trente minutes d'intervalle. Au besoin, on peut se servir d'un condom poussé d'abord dans le fondement pour introduire la glace sans douleurs et sans difficultés.

Lorque la cystite est chronique on obtient de bons effets de la préparation suivante prise, matin et soir, gros comme un noyau de cerise dans du pain azyme :

Térébenthine...........	15 grammes.
Camphre.............	1 gramme.
Extrait de jusquiame.....	0,15 centigrammes.

Mêlez, s. a.

Dans la cystite chronique en général, Thompson prescrit avec grande utilité la mixture suivante qu'il a empruntée à un malade américain.

Feuilles de busseroles *(uva ursi)*.	â â
Racines de pareira brava.....	50 à 60 grammes.

Faites bouillir ensemble dans un litre et demi d'eau et réduisez à un litre, filtrez : 60 à 90 grammes à prendre de quatre à cinq fois par jour. On peut y ajouter après refroidissement, si on le désire, de la teinture de bucco.

Pour empêcher le développement des urines ammoniacales, dans la cystite chronique, M. Gosselin préconise l'acide benzoïque; voici la formule qu'il conseille :

Acide benzoïque........	1 à 3 grammes.
Glycérine neutre.........	4 à 6 grammes.
Julep gommeux.........	150 grammes.

On débute par 1 gramme et on arrive rapidement à 3 et 4 grammes par jour. On peut même atteindre 6 grammes chez beaucoup de sujets, sans autre inconvénient qu'une certaine sécheresse de la gorge. Le résultat, qui consiste dans la neutralisation ou l'acidité des urines, se fait sentir au bout de sept à huit jours en moyenne. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

VARIÉTÉS

LA PAROLE LUMINEUSE

Alexandre Graham Bell, le célèbre inventeur du premier téléphone articulant, dit la *France*, a fait au dernier meeting de l'Association américaine, une communication sur une découverte du plus haut intérêt. Sa découverte consiste dans un instrument appelé par lui *Photophone*, parce qu'il sert à transmettre les sons par l'intermédiaire d'un rayon lumineux. Tandis que le téléphone ordinaire nécessite des conducteurs métalliques pour joindre entre elles les deux stations en correspondance, le *Photophone* récepteur est tout à fait indépendant de son transmetteur. Il suffit qu'un faisceau de lumière puisse traverser l'espace d'un poste à l'autre sans rencontrer aucun obstacle opaque. Encore cette condition n'est pas rigoureusement absolue, et certaines natures d'écrans n'empêchent pas toujours les communications verbales de s'établir. C'est donc vraiment la parole rendue lumineuse.

Dans la *Revue scientifique*, M. Antoine Bréguet analyse l'importante découverte de Graham Bell. Nous ne pouvons entrer dans tous les détails spéciaux de cette longue étude; mais quelques renseignements sur le principe et l'application de cette découverte suffiront sans doute à en faire connaître et à en prouver l'importance et la haute portée.

Le principe sur lequel est fondé le photophone

est déjà connu depuis plusieurs années. C'est à M. Willoughby Smith que revient l'honneur de l'avoir découvert. Le 12 février 1873, ce physicien annonçait à la Société des ingénieurs télégraphistes de Londres que le *sélénium* présente une résistance bien plus faible au passage du courant électrique, lorsqu'il est exposé à la lumière, ques'il se trouve dans l'obscurité. De là à imaginer un appareil téléphonique mettant à profit ce singulier phénomène, il n'y avait pas loin, et, en réalité, la pensée en vint à plusieurs personnes presque simultanément. Afin de rendre sensibles les propriétés du sélénium, Bell fit une expérience comme il suit: un crayon de sélénium fut traversé par le courant continu d'une pile et placé dans le circuit d'un téléphone articulant. On faisait tomber sur le sélénium un rayon de lumière éclipsé un grand nombre de fois dans l'espace d'une seconde, autrement dit une série d'émissions lumineuses successives et très-rapprochées. Chacune de ces émissions causait une variation dans la résistance du sélénium et, par suite, dans l'intensité du courant dont le circuit était le siège. Le téléphone, qui se trouvait placé dans ce circuit, subissait donc des alternatives d'aimantation correspondantes.

S'il se produit de la sorte 435 éclairs, 435 variations de courant s'ensuivront et la plaque du téléphone récepteur exécutera 435 vibrations, c'est-à-dire la note *la* du diapason normal. Cette disposition pouvait donc servir à transmettre les sons musicaux. Il restait à savoir si le timbre de ces sons peut aussi se transmettre ou, ce qui revient au même, si la voix humaine peut être ainsi perçue avec toutes ses finesses.

Pour y parvenir, Bell disposa deux petites lames voisines et parallèles, percées de fentes étroites, absolument en regard l'une de l'autre, de manière qu'un faisceau lumineux pût les traverser librement. L'une de ces lames est solidaire d'un support fixe, tandis que l'autre dépend d'une membrane téléphonique mince à laquelle elle est perpendiculaire. Lorsqu'on parle contre cette membrane, celle-ci vibre et entraîne la lame dans tous ses mouvements. Mais alors les deux fentes cessent d'être en regard et le faisceau lumineux se trouve éclipsé à certains instants, en entier ou en partie. En somme, ce faisceau subit constamment, dans son intensité, des variations qui correspondent rigoureusement aux diverses amplitudes des vibrations de la membrane. C'est ce que Bell appelle un rayon de lumière *ondulatoire*. Voilà pour la station transmettrice.

A l'autre station, séparée de la première par une distance quelconque, on dispose l'appareil récepteur, qui se compose du sélénium, de la pile et du téléphone articulant. Le rayon ondulatoire dirigé sur le sélénium l'impressionne à chaque instant en raison de son intensité. Il s'ensuit des variations *ondulatoires* de la résistance du métalloïde et des vibrations correspondantes dans le téléphone. En un mot, on entend par ce téléphone les paroles prononcées vis-à-vis de la membrane de la première station.

M. Bell cite une expérience faite à la distance de 213 mètres. Son aide, M. Tainter, se trouvait dans les combles de la maison d'école de Franklin, à Washington, et le système récepteur était placé à la fenêtre de son laboratoire, 1325 L Street. Il raconte avoir entendu distinctement les paroles suivantes, en plaçant le téléphone à son oreille :

« M. Bell, if you hear what I say, come to the window and wave your hat. »

(M. Bell, si vous entendez ce que je vous dis, venez à la fenêtre et agitez votre chapeau.)

En présence d'une expérience aussi précise, il n'y a plus qu'à s'incliner et à croire, tout miraculeux que puisse paraître le photophone..

Mais, pour en arriver là, Bell a rencontré un certain nombre de difficultés dont il a dû commencer par triompher. Mais avec la persévérance et le courage des grands savants, il ne s'est point laissé décourager par les obstacles et les déceptions et il est arrivé à la découverte merveilleuse que nous venons de signaler.

Quelles pourront être les applications pratiques du photophone?

« Il est toujours dangereux, dit M. Bréguet, de risquer des prophéties, qu'elles soient optimistes ou pessimistes. Nous croyons pourtant que le photophone ne détrônera pas le téléphone. Sans doute, il est éminemment commode de pouvoir transmettre des messages sans l'intermédiaire de conducteurs coûteux, embarrassants et sujets à des accidents. Mais ces conducteurs peuvent suivre des chemins détournés, tandis qu'un rayon lumineux devra toujours être rectiligne. Il sera nécessaire, pour correspondre par le photophone, de disposer les deux stations de manière qu'aucun obstacle opaque, aucun mur, aucune maison, aucune montagne ne les sépare, ne coupe la ligne droite qui les réunit. On pourrait certainement se servir de réflecteurs, de miroirs métalliques ou autres, pour dévier le rayon, si cela est absolument indispensable; mais ces réflexions absorberaient une notable part du faisceau incident, et,

ui enlevant la puissance, elles en réduiraient la portée.

« Et cependant serait-il absurde d'espérer qu'on puisse arriver un jour à établir de véritables relais photophoniques? Non, certainement au point de vue théorique. Qui pourrait empêcher le rayon lumineux d'impressionner un récepteur de sélénium, dont la membrane agirait à son tour sur un rayon appartenant à une nouvelle source locale de lumière, — et ainsi de suite? Nous ne voyons pas *à priori* d'objection scientifique au fonctionnement de ces relais successifs, et leur réalisation, si elle est jamais possible, permettra alors de mettre en correspondance deux points quelconques sans les astreindre à se voir l'un l'autre, suivant une ligne rigoureusement droite. »

La science du dix-neuvième siècle fait tous les miracles, réalise et même dépasse tous les rêves de la poésie et de l'imagination. Aujourd'hui le savant peut dire ce qu'un poëte, hier, n'eût osé écrire, même dans le langage le plus imagé et le plus audacieux :

UN RAYON DE SOLEIL APPORTE A L'HOMME UNE *parole* DE CONSOLATION, D'ESPÉRANCE, DE FOI OU D'AMOUR.

La parole est ailée et lumineuse ! M. V.

CORRESPONDANCE

Il nous a convenu de donner, dans son intégrité, la lettre anonyme suivante : « *Paris, 30 sept. 1880. Si votre journal n'était pas criblé de fautes d'impression, il serait à la tête des journaux de l'espèce. Mais vraiment, son impression est déplorable et de nature à induire en erreur les jeunes médecins, surtout les étudiants. Evidemment les épreuves ne sont pas corrigées et il n'y a peut-être pas, en France, de journal aussi mal imprimé.* »

Qui aime bien châtie bien; certainement notre correspondant anonyme est l'ami du *Concours!* Pourquoi ne pas signer, cette lettre n'est que la constatation d'un fait, si positif, que le nº 42 paru depuis, contient diverses fautes que nous avons pris la peine d'annoter. Nous l'avons adressé alors à l'imprimeur du journal, homme de lettres distingué. Nos lecteurs peuvent être assurés qu'il voudra leur donner satisfaction.

— Dr B., nº 75 (Loire).

Inscrit le Dr B. de R. Nous vous prions de nous écrire ce qu'il est advenu de votre tentative d'organisation d'un syndicat.

— Dr G., à G., 12 octobre.

La New-York a dû vous répondre. On nous a remis hier un numéro du *Concours*, portant votre adresse imprimée, très-exacte, avec la mention *refusé*. Qui refuse donc pour vous? Prière de rappeler sa promesse à M. G. de B. qui n'est pas encore des nôtres.

— Dr D., à T. (Meurthe), 12 octobre.

Votre lettre est un précieux encouragement. Vos conseils et votre collaboration seront tout profit pour nous. La devise *de vos initiales : Tout à tous*, devrait être celle de chaque membre du *Concours* et vous ne pouviez pas ne pas devenir des nôtres.

— M. D., r. St-André-des-Arts, Paris. — Dr de D., à G. (Hérault). — Dr G., à G. (Hérault). — M. H., à (Alger). — Dr H., à V. (Cher).

Vous êtes inscrit.

— Dr C., à St-A. (Gard), 14 octobre.

Vous étiez abonné payant. Vous exprimez votre adhésion entière aux principes du *Concours*. Dès ce moment vous êtes, selon votre désir, inscrit membre du *Concours* et n'aurez rien à payer dorénavant. Nous comptons sur votre propagande.

— Dr M., à J.

Nous inscrivons le Dr V. et le Dr B. Celui-ci d'autant plus volontiers que nous comptons trente-sept confrères qui se trouvent dans le même cas que lui. L'assemblée générale aura pourtant à se prononcer ultérieurement à ce sujet. Merci de votre assistance.

— Dr S.-C., 234, 17 octobre.

Envoyé les nos 38, 39 et 40, que la poste a égarés. Votre observation sur le retard involontaire que nous avons apporté à la publication de votre étude est trop juste. Ce sera pour un des prochains numéros.

— Dr B., 989, 14 octobre.

La poste se trompe ; elle a égaré votre nº 40. Celui qu'on vous a expédié de nouveau vous parviendra peut-être.

— Dr B., à St-F. (Yonne).

Nous n'avons été que l'intermédiaire de la Société de C... Elle est heureuse d'être agréable aux membres du *Concours Médical*. Nous serons heureux d'insérer votre avis. Vous ne nous êtes pas redevable. A quoi bon le *Concours* s'il n'était de quelque utilité dans de semblables circonstances?

— Dr V., à St-G. (Seine-et-Oise), 15 octobre.

La New-York a dû vous répondre et réclamer la date votre naissance, que vous aviez omise, dans votre lettre.

— Dr C., à T. (Aube), 18 octobre.

Vous êtes inscrit participant et n'aurez pas de rétribution à verser.

Réponse de M. le docteur K., à E., (Côte-d'Or).

Vous pouvez, de deux manières, constituer à vos enfants, un capital de 20,000 francs payables à chacun d'eux, à 21 ans : 1o Par primes uniques; 2o par primes annuelles.

1o PRIMES UNIQUES.

	Sans remboursement des primes en cas de décès.	Avec remboursement des primes en cas de décès.
4 mois 1/2	5710 40	6889 60
5 ans 4 mois	8640 20	9537 80
10 ans 9 mois	12237 60	13464 »
	26588 20	29891 40

Sans participation aux bénéfices de la Compagnie.

2o PRIMES ANNUELLES.

	Sans remboursement des primes en cas de décès.	Sans remboursement des primes en cas de décès
4 mois 1/2	636 »	743 20
5 ans 4 mois	912 »	993 40
10 ans 9 mois	1695 60	1793 60
	3243 60	3530 20

Avec participation dans les bénéfices et répartition à léchéance de chaque contrat.

Pourquoi ne pas faire une assurance mixte, 20 ans avec accumulation 20 ans sur votre propre tête? Supposons que vous ayez 38 ans. La prime annuelle assurant un capital de 60,000 francs, payable à vos héritiers à votre mort, ou à vous-même au bout de 20 ans, si vous survivez à cette période, n'est que de 3051 fr. 60.

Si vous choisissez l'accumulation 20 ans, vos bénéfices seront environ de 73,000 francs. Ce serait donc une somme totale de 133,000 francs environ que la Compagnie vous paierait à 58 ans. (Le capital de 60,000 étant toujours payable à vos enfants si vous mourez dans l'intervalle de cette période.)

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 44 30 octobre 1880

SOMMAIRE :

AUX ADHÉRENTS DU CONCOURS MÉDICAL.

En 1879, lors de la fondation du *Concours médical*, il pouvait paraitre aventureux de dire à nos lecteurs : « Le journal que vous recevez ne vous imposera aucune dépense ; il aura son caractère particulier et occupera une place spéciale dans la presse médicale ; vous en serez les co-propriétaires en vertu de votre adhésion. Les bénéfices que pourra produire son exploitation seront consacrés à la satisfaction de vos désirs ; vous pourrez disposer de ses colonnes quand vous aurez une mesure utile à proposer, un fait intéressant à faire connaître.

« Par l'entente qu'il établira entre vous, il vous fournira un moyen pratique de faire prévaloir votre opinion dans les questions professionnelles ; il contribuera à votre avancement scientifique, et vous pourrez, grâce à lui, exercer une action efficace sur les matières de votre ressort, sur les agents que vous employez. Vous pourrez ainsi rendre service à vos clients et relever notre profession.

« Vous obtiendrez, par l'autorité de votre nombre, des avantages sérieux auprès de vos fournisseurs et de diverses compagnies. Enfin, si la fortune sourit au *Concours médical*, sa fortune sera la vôtre. »

Nous faisions, en tenant ce langage, une application de la théorie des merveilleux effets de l'*Association* qui ne dira jamais son dernier mot.

Nous étions certain que, le côté professionnel une fois mis en bonne voie, la ligne médicale une fois tracée, le succès matériel qui nous était indispensable ne pourrait nous faire défaut. Ce succès n'est encore qu'à son début, mais les éléments qui doivent le constituer sont solidement combinés : aucun des actes du *Concours* que nous réclamons ne saurait être perdu, et, comme le nombre des adhérents s'accroît d'une façon régulière, la publicité du journal acquiert chaque jour une puissance plus grande.

Dans le cours des quinze derniers mois, nous avons fait suffisamment connaissance avec vous de près ou de loin, pour qu'on puisse nous rendre cette justice que nous n'avons épargné ni temps, ni démarches, ni efforts de volonté afin d'amener le *Concours médical* à sa situation actuelle. Elle est fort satisfaisante et nous sommes en droit d'espérer qu'elle le sera plus encore, lorsqu'elle vous sera exposée par le Conseil d'administration, à l'Assemblée générale.

Ce compte-rendu vous donnera la conscience de votre force, la notion exacte de l'influence de vos efforts collectifs. Vous serez dès lors plus portés encore à nous soutenir de tout votre pouvoir, en suivant les indications du journal. Vous aurez acquis, par l'union, une grande puissance pour le bien.

Le directeur s'estimera trop honoré d'être votre mandataire et ne revendiquera que le droit de mettre à exécution quelques idées qu'il croit fondées, puisque leur application donnera satisfaction à quelques-unes de vos aspirations. Il dépend de votre volonté de nous en fournir les moyens.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'exposé ci-dessous que nous devons à l'un de nos plus bienveillants et plus actifs collaborateurs.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

AUX LECTEURS DU CONCOURS MÉDICAL

PAR UN MEMBRE FONDATEUR

L'idée qui a présidé à la fondation du *Concours médical* fait son chemin et l'effort tenté par son créateur a trouvé, dans le corps médical, l'accueil le plus favorable.

C'est que, depuis longtemps, grâce aux réunions provoquées par *l'Association générale des médecins de France*, les maux dont nous avons à souffrir avaient été mieux étudiés ; les revendications auxquelles ils avaient donné naissance avaient été plus nettement formulées ; c'est qu'enfin des efforts individuels, couronnés de quelques succès, avaient amené les esprits à ce moment psychologique où une idée juste, a chance de triompher des obstacles divers que rencontre toujours une nouveauté.

En voyant le *Concours* faire appel à tous les médecins et prêcher une solidarité qui, seule, pouvait nous donner la force, plusieurs de nos confrères ont éprouvé des doutes sur le succès futur de la tentative, mais personne ne s'est montré hostile.

Le *Concours* a eu, dès la première heure, de chauds collaborateurs; mais ceux dont l'adhésion réfléchie ne lui est venue que plus tard, ont tenu à honneur de montrer qu'ils n'étaient ni moins dévoués ni moins convaincus.

Lorsqu'une œuvre nouvelle en est encore à chercher sa voie — non pas cette ligne de conduite générale qui a déterminé sa création, mais son attitude en présence de ces mille riens de la vie réelle, auxquels si souvent vont se briser les meilleures intentions — il est difficile de répondre à toutes les objections, et cette difficulté est d'autant plus grande qu'il faut recourir à des exposés écrits. — Cette vérité a été confirmée par le succès constant qu'ont eu quelques minutes de conversation, près des trop peu nombreux confrères auxquels le directeur a pu, verbalement, confier sa manière de voir et qu'il a pu initier à ses projets. Mais, la grande majorité de nos confrères, n'a pu connaître le caractère de l'œuvre que par les articles publiés dans le journal ou par la correspondance privée échangée avec le directeur.

Rien d'étonnant que, dans ces conditions, la lumière n'ait été faite qu'imparfaitement! Rien d'étonnant que des points de détail n'aient pas toujours été bien compris!

L'esprit général de la tentative, ses tendances dans leur ensemble et surtout la parfaite honorabilité des moyens qu'elle met en œuvre, ont été compris et c'est, à l'heure actuelle, le point essentiel. Les adhésions sont donc venues, d'une façon régulière et on peut être fier du chiffre auquel elles s'élèvent. Ce que tous les adhérents ont admis, c'est qu'il fallait s'unir et faire de *l'Association* notre arme principale contre les abus dont nous avons à souffrir.

Les communications antérieures, faites par le directeur, ont abordé quelques points de détail; mais ceux d'entre nos confrères qui, récemment se sont joints à nous, ceux dans l'esprit desquels peut subsister quelque obscurité, feront leur profit des éclaircissements qu'on nous a prié de leur donner. L'intérêt qui s'attache à toutes ces questions est trop immédiat pour qu'on redoute d'insister.

Il arrive d'ailleurs, chaque semaine, des lettres qui touchent à ces points de détail, qui demandent quels sont les droits et les devoirs des adhérents, quels moyens de concours effectif sont en leur pouvoir, quels sont les avantages de la participation, etc., etc.

Nous pourrions certainement répondre aux correspondants qu'ils font acte de concours chaque fois qu'ils cherchent à améliorer leur propre sort, chaque fois qu'ils échangent une idée juste avec un confrère, chaque fois qu'ils repoussent une spécialité pharmaceutique qui n'a pas sa raison d'être. Le rôle du *Concours* ne consiste pas à annihiler les efforts individuels. Il cherche, tout au contraire, à secouer la torpeur de ceux qui s'endorment dans la routine, à stimuler ceux qui, pour agir, ont besoin d'exemples, à encourager ceux qui ont osé commencer la guerre aux abus.

Mais, il faut, pour réussir, c'est la condition essentielle, réunir nos forces. — Revenons donc, encore une fois sur la nécessité de l'association qui s'impose aux médecins.

§ I. — *Nécessité de l'association.*

On nous croira sans peine si nous disons que, pour nous, médecins, tout n'est pas pas pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Si nous nous sommes figuré, à l'école, que l'obtention du diplôme était le dernier obstacle à surmonter, les illusions tombent dès que nous avons en poche le fameux parchemin. Sans parler de la peine que nous pouvons avoir à trouver une place au soleil, nos premières relations avec le monde

(que nous ignorons, pour la plupart), nous montrent bien vite qu'il ne suffit pas d'avoirla science, pour triompher des difficultés de la vie.

Nous avons affaire à des particuliers, à des sociétés, aux administrations diverses, à l'État... partout on s'efforce d'exploiter notre dévouement, notre esprit d'abnégation et notro ardeur généreuse; partout, lorqu'on a quelque service à réclamer de nous, on nous comble de protestations, de louanges, mais c'est pour nous refuser ou, tout au moins, nous marchander la juste rémunération que mérite le service rendu.

Ce serait lieu commun que développer une thèse semblable, — nous connaissons tous le mal, pour en avoir souffert, — arrivons donc immédiatement à la conclusion : *La profession médicale*, dans nombre de cas, *ne nous permet que de végéter et ne suffit même pas toujours à préserver notre vieillesse de la faim.*

Une telle disproportion entre le labeur excessif qu'exige la carrière médicale et les maigres résultats qu'elle donne, ne pouvait manquer de faire tourner certains regards vers l'État. C'est le propre de toutes les questions sociales, de faire rêver cette fausse solution.

Nous ne devons réclamer à l'Etat que le droit commun : il exige, pour nous conférer le droit d'exercer notre profession, les garanties les plus sérieuses; il nous frappe de la patente comme si nous étions commerçants... qu'il nous garantisse contre la mauvaise foi du débiteur récalcitrant et contre la concurrence du charlatan de tout costume. C'est là ce que nous sommes en droit de demander, mais surtout gardons-nous de cette plaie moderne, le *fonctionnarisme*, et sachons garder notre indépendance!

Cette indépendance ne doit pourtant pas nous faire méconnaitre les principes de solidarité qui ont assuré la prospérité de quelques autres professions libérales. L'isolement dans lequel nous nous sommes complus, l'égoïsme que nous avons montré, si longtemps, ont amené l'état de choses que nous déplorons. Imitons les exemples qui s'offrent à nous, rapprochons-nous les uns des autres et le succès viendra couronner nos efforts.

Croit-on que les sociétés qui font la charité à nos dépens, seraient arrivées à mettre en adjudication, au rabais, le concours que nous leur prêtons si elles n'avaient été sûres de trouver preneur parmi nous?

Croit-on que les administrations nous offriraient ces salaires honteux, nous astreindraient à ces paperasseries interminables et disposeraient de notre dévouement, sans même daigner nous consulter, si elles n'avaient rencontré chez certains médecins un tel désir d'émarger au budget?

C'est de là que nous vient le mal que nous déplorons; c'est là qu'il faut porter le remède.

Le jour où fut fondée l'*Association générale*, un grand pas fut fait dans la voie du progrès. Elle ne pouvait, sans doute, n'étant que société de secours mutuels, nous donner la solution de tous les problèmes qui font l'objet de nos préoccupations; mais en nous fournissant l'occasion de nous réunir, d'échanger nos idées, elle devait nous permettre de mieux connaître nos souffrances, de donner à nos revendications une forme plus précise et de chercher plus facilement le remède qu'elles réclament.

Ce remède, c'est dans l'association que nous le trouvons, non pas cette association étroite qui paralyse tout effort individuel, mais dans une association libre, éclairée, qui seule peut convenir à des hommes qui ont le respect d'eux-mêmes.

Quelle force n'aurons-nous pas, le jour où, marchant en corps, unis pour la défense commune, nous opposerons, à toute proposition dérisoire, l'entente la plus complète; à toute suggestion perfide, l'accord le plus absolu?

Loin de subir les mesquines exigences des sociétés ou des administrations, c'est nous qui dicterons nos conditions, car nous n'avons pas à craindre qu'elles se passent de nous... et notre caractère est un gage certain de la modération qu'après la victoire, nous saurons montrer.

Ce sera pour nous, médecins, une amélioration sensible; mais nous ajoutons que l'amélioration ne sera pas moins grande, pour ceux dont nous avons à nous plaindre actuellement. Les sociétés nous offrent des conditions dérisoires, soit, mais ne sont-elles pas un peu traitées comme elles le méritent? Médecins du chemin de fer, des bureaux de bienfaisance, des sociétés de secours mutuels, médecins cantonaux, médecins inspecteurs, médecins assermentés, etc..., etc... ne légitiment-ils pas quelque peu l'accusation de négligence que, si souvent, on entend formuler contre eux?

Ne soyons fonctionnaires d'aucune sorte et à aucun prix; les services que nous pourrons rendre seront mieux rémunérés et ceux à qui nous les rendrons ne perdront pas au change.

Ce n'est d'ailleurs là, qu'un des points de vue particuliers de l'association. Elle nous permettra encore de résoudre d'autres problèmes : ce sera d'autant plus facile que peu à peu les obstacles seront moindres. Grâce à elle, nous pourrons améliorer nos conditions matérielles d'existence, assurer à notre vieillesse un repos bien mérité.

Aux sentiments de défiance et de jalousie qui, si longtemps, ont régné entre médecins, elle substitucra peu à peu les sentiments d'estime mutuelle et de bonne confraternité qui devraient toujours exister dans nos rapports.

§ II. *Nécessité de créer un journal spécial.*

Mais toutes ces questions qui paraissent si simples lorsqu'on les traite d'une façon théorique, au fond de son cabinet, se hérissent de mille difficultés, lorsqu'il s'agit de les faire entrer en pratique; il faut lutter contre des situations péniblement acquises, contre des priviléges d'autant plus défendus qu'ils sont moins justifiables ; il faut enfin, et surtout, lutter contre cette force d'inertie qui entrave toute tentative nouvelle, la routine. Et ce n'est qu'en revenant toujours sur les mêmes points, en répétant et répétant encore, en forçant l'attention par la multiplicité des exemples, en montrant les résultats chaque jour obtenus, qu'on a chance de réussir. Plus tard le succès amènera le succès ; mais au début la tâche est des plus arducs.

Et pourtant, malgré leur importance, ces questions sont le plus souvent, négligées, ou même passées sous silence par les nombreux organes de la *presse médicale!*

La raison en est peut-être que ces journaux sont publiés exclusivement dans les grandes villes où les souffrances du corps médical sont moindres ; que la plupart du temps aussi les rédacteurs de ces journaux ont abandonné la pratique active et comprennent moins des maux qu'ils n'endurent pas. C'est que peut-être enfin, propriétés particulières et créées dans un but spécial, ils manquent de l'autorité nécessaire.

La création d'un organe nouveau s'imposait donc à quiconque voudrait tenter unc réforme, et il fallait que, dans ce journal, les questions professionnelles tinssent une large placc, qu'il fût ouvert à toutes les réclamations justes, comme à toutes les propositions sensées.

C'est en tenant compte de ces considérations si diverses qu'a été créé le *Concours Médical*, organe particulier de la société qui est cn voie de formation.

§ III. — *Création du* CONCOURS MÉDICAL.

Le *Concours Médical* partait d'une idée longuement mûrie; c'était là sans doute une condition nécessaire, mais ce n'était pas pour sa mise à exécution une condition suffisante.

Les œuvres nouvelles, surtout, ne peuvent vivre qu'à la condition d'être soutenues par l'argent; il fallait donc se préoccuper, tout d'abord, des conditions matérielles d'existenee.

Les ressources personnelles du fondateur lui permettaient de faire face aux premiers frais d'organisation ; mais l'avenir du journal exigeait des bases plus solides qu'un apport individuel.

Fallait-il, à l'exemple des autres journaux, réclamer un prix d'abonnement et demander aux annonces commerciales le surplus de l'encaisse?

Il parut impossible au fondateur d'imposer un nouveau sacrifice à des confrères obligés à tant d'autres, et cela pour tenter d'améliorer leur sort. Il voulait d'ailleurs les rendre propriétaires collectifs du *Concours Médical*, et, en admettant, ce que l'événement a démontré, que les recettes vinssent à être supérieures aux dépenses, il aurait dû leur restituer le prix d'abonnement avancé par eux. Enfin, il ne voulait, à aucun prix, accepter les réclames qui se dissimulent dans le corps du journal. Il résolut donc, même alors qu'il cherchait à assurer des ressources indispensables, de chercher à être utile à ses confrères.

Partisan de la liberté du commerce, même en pharmacie, le programme du Concours devait réserver le droit absolu de choisir : Cela suffisait à porter un coup sérieux à l'existence de ces préparations soi-disant spéciales dont nous connaissons tous les inconvénients et à créer un avantage notoire aux produits dont une marque recommandable pouvait être un gage de confiance et de sécurité.

Rejetant donc toutes ces préparations qui vivent aux dépens d'un public naïf et crédule, il il était évident que les difficultés de la préparation, du dosage ou de la conservation; la perfection de la forme, le choix scrupuleux des matières premières, étaient les seules conditions qui pussent, selon les cas, légitimer la spécialisation d'un produit, et on ne devait ouvrir les colonnes du *Concours* qu'aux médicaments spéciaux jugés, après enquête sévère, dignes de cette faveur.

Une telle manière de procéder devait amener des lenteurs ; mais, ce qui importait avant tout, elle permettait de rester absolument fidèle au programme qui, dès le début, avait été adopté. Elle autorisait, d'un autre côté, à élever quelque peu le prix de la publicité du *Concours*.

Il fallait encore chercher, en choisissant des fournisseurs spéciaux pour lcs produits d'ordre différent, dont chaque jour nous avons besoin, à augmenter notre fonds commun de quelques ressources nouvelles, tout en assurant aux adhérents une qualité irréprochable des objets livrés et une remise sensible sur les prix d'achat.

C'était, si l'on veut, commencer ici par les petits côtés, mais c'était le moyen de réussir sans compromission d'aucune sorte et c'était se préparer pour des traités d'une plus haute importance.

Nous connaissons tous, les eaux minérales que, jusqu'à ce jour, le *Concours* a acceptées et les produits pharmaceutiques qu'il a cru pouvoir recommander. Nous connaissons d'autre part les fournisseurs spéciaux, on peut croire, — et la correspondance y autorise, — que vous avez ratifié ces choix.

Le *Concours* ne fait pas à ses adhérents l'injure de les engager à restreindre leurs besoins aux seuls produits qu'il a adoptés ou qu'il adoptera par la suite; mais il dit très-volontiers : *Toutes les fois que vous suivrez les indications du journal, vous concourrez, plus ou moins directement, à accroître nos moyens d'action commune.*

Ces débuts modestes, assurément, ont été fort utiles : ils ont prouvé qu'avec de la patience on peuvait toujours parvenir à faire triompher un principe juste, ils ont permis d'éviter les entraînements et d'acquérir une expérience nécessaire à la solution de questions d'une importance plus haute.

Les conditions d'existence matérielle assurées, il fallait prouver sa force en essayant de donner satisfaction à l'un au moins de ces vœux du corps médical auxquels nous faisions allusion plus haut: c'est ce que le *Concours médical* a tenté sur une des questions les plus urgentes pour nous, sur l'*Assurance* qui, en nous délivrant des soucis de l'avenir, assure, dans le présent, notre indépendance.

Il y aurait beaucoup à dire sur cette question des *Assurances;* mais nous avons appris que probablement un numéro spécial du journal lui serait consacré; nous n'avons donc pas à insister et nous nous bornons à constater que le *Concours* a cherché à rendre ces assurances accessibles à tous et qu'il y a réussi.

Voilà ce qui a été fait jusqu'à ce jour. C'est peu sans doute, mais c'est beaucoup si l'on réfléchit que tout était à faire et que le directeur était seul pour mener à bonne fin cette première partie de l'entreprise.

Il était seul... Ceci nous amène à expliquer pourquoi la direction n'a pas cru devoir jusqu'ici réunir les adhérents et répondre à quelques impatiences qui pouvaient se faire jour.

Le directeur a été et a voulu être seul; il a accepté tous les *Concours* qui ont bien voulu s'offrir à lui, mais il a tenu à conserver, dans ses décisions et dans sa conduite, l'indépendance la plus entière. Nous le connaissons assez pour savoir qu'il n'a aucun goût pour l'action trop personnelle et dépourvue de contrôle : il a simplement pensé, et l'évènement lui a donné raison, que pour mettre à exécution ses projets, pour tenter une expérience aussi nouvelle, il était indispensable que l'unité de vue la plus absolue présidât aux moindres démarches; il savait exactement ce qu'il voulait, il connaissait le but vers lequel il devait marcher, — il fallait qu'il fût seul juge des moyens à employer, et il nous a souvent avoué que, sans cette condition, il n'aurait jamais pu réussir.

Que voulait d'ailleurs le fondateur du *Concours ?*

Il voulait montrer que ses conceptions n'étaient rien moins qu'une utopie; il voulait prouver qu'elles pouvaient entrer dans le domaine de la pratique et donner des résultats immédiats ; il n'a jamais songé à trancher les questions d'avenir, ni résoudre par avance les problèmes dont la solution nous importe tant à tous.

Fort de son expérience, il indiquera sans doute la voie qui lui semble la meilleure; il désignera les questions dont l'urgence lui paraît plus grande; mais, en aucun cas, il ne saurait tenir que ce langage:

Voici ce à quoi nous sommes arrivés grâce, au programme que nous nous sommes tracé, voici les résultats acquis — quel usage en voulez-vous faire?

Dr J. Vincent, *membre fondateur*

Les Spécialités pharmaceutiques.

Il s'est élevé naguère, à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, une intéressante discussion au sujet des spécialités pharmaceutiques.

Il s'agissait, en l'espèce, d'un malade empoisonné par du sulfate de morphine, donné en cachets, au lieu de sulfate de quinine, et le pharmacien disait, pour sa défense, qu'ayant acheté un flacon du médicament chez un droguiste, il n'en avait pas vérifié le contenu.

La discussion qui s'en suivit amena M. Mathelin à prendre la parole. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les principaux passages de son discours :

« Qu'un pharmacien commette un erreur, une « méprise quelconque, dans le débit d'un produit

« médicamenteux, sa responsabilité reste toujours « entière ; il ne peut se réclamer comme excuse « d'un erreur première, commise, comme dans le « cas particulier, par un droguiste de qui il tient le « corps du délit.

. . . .

« En aucun cas, il n'est autorisé à se tromper « sur la foi d'une étiquette erronée.

« Eh bien ! je le demande que devient cette responsabilité sous le règne de la spécialité ?

« Quand l'officine tend à devenir un simple en- « trepôt de produits dissimulant leur contenu sous « un emballage et un cachet que le pharmacien « n'a pas le droit de rompre, l'étiquette seule peut « servir à classer et à vendre la marchandise. « Le pharmacien débite une denrée quelconque. « Il n'est plus l'homme de l'art, tel que la loi « et le bon sens l'exigent ; il n'est plus qu'un vul- « gaire boutiquier, que l'humble commis de phar- « maciens en gros, dont l'action se substitue à la « sienne ; en bonne logique, il ne peut plus être « responsable. »

Après avoir montré le danger des spécialités mauvaises, des produits du charlatanisme le plus avéré qui circulent de pair et en compagnie avec les produits sérieux ; qui sont prônés dans les mêmes journaux et entre lesquels le public, forcément ignorant, ne saurait choisir, notre confrère se demande pourquoi, alors qu'on tolère ces spécialités, on hésite à proclamer la pharmacie libre, la médecine publique et à respecter le charlatanisme sous quelque forme qu'il se produise.

« On ne pourra plus, pour les combattre, arguer « des accidents possibles, par le fait de l'exercice « libre de la profession médicale. Ce sera au ma- « lade de s'adresser à un médecin qui mérite sa « confiance, comme on admet que c'est à lui de « ne recourir, en fait de spécialités, qu'à celles qui « ne peuvent lui nuire.

« Mais, en résumé, Messieurs, ce qui est vrai « dans cette question des spécialités pharmaceu- « tiques, c'est l'existence d'une pépinière dont « pourront sortir désormais tous les genres de « charlatanisme possible, et c'est pour cela surtout « que je demande avec instance qu'elle soit défi- « nitivement abordée et résolue ; qu'on sorte de « l'indifférence professée à son égard, qu'on ne « laisse pas péricliter le renom de dignité et de « probité de la médecine française.

Ce que demande M. Mathelin, le *Concours Médical* l'a entrepris dès sa fondation, et on nous rendra cette justice, que si, nous ne partageons pas toutes les idées de l'honorable hygiéniste ; si nous ne réclamons, pas contre les spédialités, les rigueurs de la loi ; si enfin nous sommes partisans de la liberté du commerce, même en pharmacie, nous nous sommes toujours posés en adversaires résolus de cette cuisine commerciale qui exploite le malade et ruine la pharmacie. Nous sommes sortis, à son égard, de cette indifférence contre laquelle il réclame, et nous prenons le plus grand soin de ne pas imiter les journaux médicaux qui insèrent sa protestation et... prônent sur leur couverture les produits qu'il condamne

Mais que devons-nous conclure de tout ceci ?

C'est que le médecin, en prescrivant une spécialité, ignore le plus souvent sa nature, sa composition, les effets qu'elle produira ; c'est qu'il se prive de la garantie que lui donnera toujours une préparation magistrale bien faite ; c'est qu'enfin il ne saurait apporter trop de réserves et de discernement dans le choix des produits spéciaux qu'il adopte.

Nous conclurons encore qu'il est fort heureux que le *Concours* ait rompu avec la routine et ait su mettre sa conduite en accord avec les idées qu'il professe. Les effets de la lutte qu'il a entreprise commencent à se faire sentir, il n'a qu'à persévérer dans sa conduite prudente et le succès lui est assuré.

D[r] G.

VARIÉTÉS

Les discussions administratives ne sont, j'en fais l'aveu, qu'une récréation fort médiocre. On aurait tort pourtant de les laisser absolument de côté : il arrive de temps à autre qu'on y aborde quelque sujet qui nous touche de près, ou bien que des comparaisons, intéressantes pour nous, sortent de questions en apparence indifférentes.

C'est ainsi que, souvent, le compte rendu des séances du conseil municipal de Paris, peut être pour nous matière à réflexions. — Je ne parle pas des villes de moindre importance où les questions de principes sont, la plupart du temps, dominées par les questions de personnes.

Nous savions déjà, par exemple, que le titre de docteur en médecine privait, *ipso facto*, un homme de toutes connaissances administratives et que la possession du diplôme était, aux yeux de l'AD-MI-NIS-TRA-TION, un vice rédhibitoire : pour faire un bon directeur de l'Assistance publique, on pouvait être notaire, avocat, banquier, capitaine au

long cours, photographe ou fabricant de pâtes alimenlaires... mais médecin, jamais !

On s'en était quelque peu douté en voyant les chefs-d'œuvre accomplis depuis une vingtaine d'années ; mais la lettre adressée, il y a quelques mois, par M. le Préfet de la Seine à des membres du conseil, a mis la chose hors de toute contestation.

Nous pouvons aujourd'hui faire une remarque d'un autre genre.

Il s'agit de fixer les honoraires des notaires et de l'avoué de la ville; comme il y a désaccord entre le Préfet et le conseil, on discute, on cite des chiffres et celui de 430.000 francs est prononcé.

C'est un denier que 430.000 francs pour une année !

Je me garderai bien de prétendre que l'heureux avoué de la ville ne lui rend pas d'immenses services, mais enfin je ne puis m'empêcher de songer qu'il est d'autres fonctionnaires rendant, à la même ville, des services aussi grands et qui ne touchent pas de semblables émoluments.

Voici les médecins et les chirurgiens des hôpitaux; on ne conteste ni leur savoir ni leur mérite, puisqu'ils sont recrutés dans l'élite du corps médical et qu'on célèbre sur tous les tons leur zèle et leur dévouement... je ne sache pas que, tous réunis, ils aient jamais touché par an une somme de 430.000 francs.

On demande à un homme, que sa science a mis hors de pair, de venir tous les jours, à heure fixe, passer sa matinée à l'hôpital... c'est un médecin, on lui donne 1.500 francs. S'il était avoué ou notaire... ce ne serait plus la même chose.

C'est là la sotte réponse qu'on ne manque jamais de faire à nos justes revendications : *ce n'est pas la même chose*. Et pourquoi n'est-ce pas la même chose?

Je vois une réponse plus stupide encore arriver : le titre de médecin des hôpitaux crée un renom à celui qui le porte et lui assure une belle clientèle. — A-t-on jamais vu les clients fuir une étude, parce que la Ville de Paris y faisait ses affaires?

Ce n'est pas la même chose. Eh certes non, ce n'est pas la même chose! on enrichit l'un et on exploite l'autre!

On exploite le médecin, parce que jamais il n'a osé réclamer; parce qu'il ne marchande ni son temps ni son dévoûment ; parce qu'il n'a pas su, comme d'autres, s'associer pour défendre ses intérêts matériels. — Et pourquoi réclamerait-il? Est-ce que jamais réclamation isolée est seulement écoutée?

Le notaire ou l'avoué sont-ils en cause? On déclare qu'on aura « le regret de ne pouvoir déférer uu vœu proposé si le conseil vient à l'émettre » et qu'on ne saurait s'exposer « à soulever contre le « conseil et l'administration les réclamations de « la corporation tout entière. »

C'est que là, en effet, est la force avec laquelle il faut composer; c'est que là on ne connaît pas les fausses délicatesses qui nous retiennent et qu'on entend être rémunéré du service rendu!

On nous berne de belles paroles! A l'interne mort on vote une plaque de marbre ; mais à l'interne vivant on refuse d'échanger pour de la bougie, la chandelle traditionnelle! Au médecin on prodigue les témoignages de toute sorte, mais on ne lui accorde même pas de quoi manger! Et encore ces témoignages sont-ils le plus souvent platoniques, car on s'arrange de façon à chasser le médecin de tous les postes ou de toutes les fonctions que ses connaissances spéciales lui permettraient d'occuper le jour où il abandonne la pratique active!

Voilà la situation que nous ont faite l'isolement, l'indifférence et l'égoïsme ; — voilà d'autre part ce qu'ont produit l'association et l'esprit de solidarité : hésiterons-nous encore à suivre l'exemple qui nous est donné?

« Vous perdrez, nous a-t-on dit, en considération ce que vous gagnerez en bien-être ma« tériel. » Cette objection formulée par un esprit d'ordinaire plus judicieux et plus pratique, mériterait en effet, de nous arrêter si elle pouvait avoir quelque fondement : mais on nous croira lorsque nous répondrons que jamais l'avilissement n'atteint l'homme qui a le respect de lui-même, et on conviendra bien que ce respect ne s'accorde guère avec l'exercice au rabais d'une profession acquise aux prix des sacrifices les plus sérieux. X***

QUESTIONS ET RÉPONSES

Qu'est-ce que le *Concours Médical?*

Un journal fondé par un très-grand nombre de médecins.

Quel est son but?

La propagation des idées d'association, sous ses diverses formes, et des idées d'union et de solidarité pour la protection de leurs intérêts.

Par quels moyens?

Par une modification de l'organisation du journal médical, qui fera de celui-ci la plus puissante forme d'association des intelligences et des intérêts.

A qui appartient donc le *Concours Médical ?*

A tous les fondateurs en nom collectif.

Quels sont les avantages de cette modification ?

Que, dans l'organisation du *Concours Médical*, tout est subordonné à l'intérêt professionnel des fondateurs.

Quel est l'apport des fondateurs ?

Leur adhésion écrite, aux vues exposées dans le programme de fondation.

Mais alors avec quelles ressources financières a-t-il été fondé ?

Avec celles du *directeur-fondateur*, tant que les produits de l'exploitation du journal n'en ont pas couvert les frais.

A l'heure actuelle ces frais sont donc couverts ?
Depuis le 1er juillet les produits du journal dépassent ses frais.

D'où proviennent les produits du journal ?

En majeure partie de ses annonces.

Pourquoi ses annonces si peu nombreuses, couvrent-elles déjà les frais ?

Parce qu'elles sont payées plus cher que les annonces des autres journaux.

Pourquoi sont-elles d'un prix plus élevé ?

Parce que, au *Concours médical*, le pavillon devant couvrir la marchandise, l'annonce est une adoption par les lecteurs du *Concours* et, par conséquent, n'admet des produits qu'en petit nombre, et seulement ceux qui ont une valeur constatée par le *Comité d'études*.

Le journal n'accepte donc pas de réclames ?

Sous aucun prétexte, dans le corps du journal.

La feuille d'annonces du *Concours* n'est donc pas mise en régie ?

Non ; et n'y entre pas qui paye.

Pourquoi cette modification de l'annonce ?

Pour que les médecins puissent réagir efficacement contre les spécialités sans valeur.

Mais pour les eaux minérales, le cas n'est pas semblable ?

Non, peut-être, mais les lecteurs du *Concours médical* qui savent qu'ils ne peuvent encombrer les pharmaciens d'un dépôt de toutes les eaux que vante la réclame, se contentent, dans la pratique, de recourir à une eau minérale de chaque grande classe.

Ceci n'est pas une obligation pour eux ?

En aucune façon !

Pourquoi n'aurait-on pas supprimé les annonces ?

1° Parce que cette mesure radicale aurait eu le désavantage de confondre dans une même proscription le bon et le mauvais, et aurait été à l'avantage du mauvais.

2° Parce qu'il aurait fallu demander les frais au prix d'abonnement.

Pourquoi pas ?

Parce qu'on n'aurait pas trouvé assez de souscripteurs.

Si les idées à mettre en pratique étaient justes, pourquoi n'aurait-on pas trouvé des adhérents ?

Parce qu'on n'est pas toujours disposé à soutenir, avec son argent, les idées qu'on partage.

Quelles sont les revenus du journal, en dehors des annonces ?

Les retenues faites par les fournisseurs et les compagnies, pour le fonds commun. — Le prix des abonnements payants, — la vente au numéro, — les dons fait au *Concours Médical*.

Qu'entend-on par *membre fondateur ?*

Celui qui est compris dans la liste des mille premiers adhérents au programme du journal.

Qu'est-ce que le membre participant ?

C'est l'adhérent qui est compris dans le second mille.

Quelle différence existe-t-il entre les premiers et les seconds ?

A l'origine, les premiers devaient avoir un titre de participation plus élevé que les seconds ; on proposera à la réunion générale de ne pas établir de différence.

Pourquoi cette modification ?

Parce qu'il importe que le nombre des adhérents s'accroisse et qu'il a paru convenable d'attacher une valeur semblable aux adhésions, quelle que fût leur date.

Qu'entend-on par participation ?

Le *Concours Médical* sera constitué sous la forme de Société en *participation de bénéfices*, afin que les adhérents, propriétaires collectifs, du *Concours Médical*, ne puissent encourir aucune responsabilité pécuniaire.

Alors qui est responsable ?

Le Directeur propriétaire-gérant.

A qui expose-t-il les comptes de gestiou ?

Au conseil d'Administration.

Qui désigne les membres de ce Conseil ?

Le directeur se fait assister provisoirement d'un certain nombre de médecins ; l'assemblée fait le choix définitif et annuel.

Qu'est l'abonné payant ?

Le simple *lecteur* du journal, ou le médecin qui, ne connaissant qu'imparfaitement l'objet du *Concours Médical*, préfère payer le prix de l'abonnement, se réservant d'adhérer dès qu'il se trouvera suffisamment informé.

Pourquoi certains adhérents payent-ils le prix de l'abonnement ?

Parce qu'ils veulent contribuer matériellement à la prospérité du *Concours*.

Quels sont les droits des adhérents ?

1° Recevoir le journal, sans payer le prix de l'abonnement.

2° Demander l'insertion de tous les avis professionnels.

3° Envoyer toutes les communications scientifiques et professionnelles.

4° User des fournisseurs communs, avec bénéfice des réductions stipulées en leur [faveur.

5° Recourir aux Compagnies choisies, avec les avantages obtenus pour les adhérents.

6° Avoir le bénéfice des *institutions* qui seront créées, par le *Concours Médical*, en faveur de ses adhérents, avec les sommes qui constituent les bénéfices du journal.

Quelles sont ces institutions?

Le programme du *Concours* en a indiqué quelques-unes et l'Assemblée générale les décidera; chaque membre du *Concours* peut faire des propositions à ce sujet dans le journal.

Les adhérents n'auront donc pas droit à un dividende personnel ?

Non assurément.

L'emploi des bénéfices ne peut être que collectif, puisque les adhérents ne sont que propriétaires collectifs ; et que par un des effets de l'Association ces sommes réunies consacrées à des institutions d'intérêt commun, donneront à chacun des satisfactions très-positives.

Quels sont les avantages des abonnés ?

Ils ne participent pas aux institutions créées avec les bénéfices du journal; n'assisteront pas aux réunions, mais il leur est loisible de recourir aux fournisseurs communs, aux compagnies choisies, aux conseils d'affaire et judiciaires ; enfin ils ont la faculté de réclamer leur inscription comme membres du *Concours médical*.

Les adhérents ont-ils des devoirs ?

Oui, assurément, puisqu'ils ont des droits.

Quels sont ces devoirs?

— Collaborer à la rédaction s'ils en ont l'aptitude et le goût.

— Propager les idées de solidarité prônées dans le journal; exposer leurs vues professionnelles et les faits qui intéressent la profession et recruter des adhérents.

— Assister aux réunions, quand ils en ont la faculté.

— Suivre les indications du *Concours*, pour accroître la puissance de sa publicité.

— Recourir aux fournisseurs communs et aux compagnies choisies, lorsque leurs intérêts le leur permettent, même dans le cas où l'avantage recueilli ne serait pas considérable.

Le membre du *Concours* qui ne ferait aucun de ces actes de *Concours*, cesserait-il d'en faire partie ?

Ce serait un devoir de conscience pour lui de rétracter son adhésion, puisque lui seul est le juge de ces actes et que seul il les connaît.

En résumé, que veut le *Concours médical?*

Créer une grande association médicale sous forme de journal, seul moyen de vitalité et d'action journalière.

— Poursuivre, par l'exposition des abus, leur redressement; — adopter, après discussion des règles de conduite communes mais non obligatoires; — indiquer aux jeunes médecins les difficultés de leur profession et les faire profiter de l'expérience de leurs aînés; — poursuivre la formation des syndicats locaux, dont l'action puissante se substituerait avec tant d'avantages à l'action individuelle ; — améliorer les conditions d'exercice; faciliter l'Assurance sous toutes ses formes, etc., etc.

Nota. — Désormais on réservera, selon le besoin, une place à ce genre de correspondance par *questions* et *réponses*.

Il est bref et clair de sa nature. La provenance de la question n'aura pas besoin d'être indiquée pour plus de rapidité et, en agissant de cette manière, on est assuré d'éclaircir bien des points encore obscurs. On prie les correspondants de préciser leurs questions, sous une forme aussi concise que possible.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA DIGITALE.

Voici, sous forme de conclusions, le résumé des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitale :

1° La digitale est en même temps un sédatif et un tonique du cœur et des vaisseaux; elle régularise la circulation ;

2° Elle agit à la fois sur les nerfs d'arrêt du cœur, sur le myocarde et sur les vaso-moteurs ;

3° Dans les expériences sur les animaux, elle accélère légèrement la circulation au début ; chez les malades, à doses thérapeutiques, on constate toujours le ralentissement initial à cause des conditions différentes d'administration;

4° Le ralentissement commence dès le lendemain de l'administration ; son maximum est obtenu à une époque variable suivant les doses (du troisième au huitième jour);

5° Le pouls commence souvent à s'accélérer légèrement dès le lendemain de la suppression;

6° Dans l'étude du pouls et des tracés sphygmographiques il faut distinguer, comme l'indique Marey, deux espèces de tensions, la tension constante dépendant de la tonicité des parois vasculaires, et la tension variable résultant de la contraction ventriculaire;

7° L'amplitude plus ou moins grande du tracé indique l'état de la tension variable; la forme des pulsations rend compte de la tension constante;

8° Dans tous les cas de lésions valvulaires mitrales ou aortiques, la digitale, s'adaptant au trouble circulatoire, modifie la tension constante et la tension variable, de telle façon qu'elle ramène le tracé à un type uniforme, caractérisé par une amplitude moyenne, une ligne ascendante un peu oblique, un sommet légèrement arrondi;

9° Quelquefois chez des anémiques, l'action sur la tonicité artérielle fait défaut et la tension variable seule subit l'influence de la digitale.

10° Le pouls bigéminé, lorsqu'il apparait sous l'influence de la digitale, ne peut pas s'expliquer par une cause mécanique s'ajoutant à l'influence nerveuse; il est dû uniquement à l'action des nerfs du cœur;

11° Il n'est pas toujours un signe d'agonie;

12° La digitale à doses trop élevées peut donner lieu à toutes les formes d'arythmie circulatoire;

13° A la période de compensation elle n'est contre-indiquée dans aucune lésion d'orifice, sauf peut-être dans le retrécissement aortique très-prononcé et s'accompagnant d'une grande lenteur du pouls;

14° Pendant la période asystolique des affections valvulaires, elle doit être donnée aussi bien dans les cas d'hypertrophie que dans les cas de dilatation, alors même que le cœur a subi un certain degré de dégénérescence graisseuse;

15° Elle est contre-indiquée seulement dans l'asthémie agonique;

16° Dans les affections cardiaques, 30 ou 40 centigrammes d'infusion de feuilles, 15 à 25 gouttes de teinture, sont des doses suffisantes;

17° L'infusion convient dans les cas d'asystolie où il faut intervenir rapidement;

18° La teinture, le sirop, la digitaline, seront donnés dans les lésions compensées, où l'on peut se contenter d'une action lente et dans les cas d'asystolie avancée;

19° L'examen attentif des symptômes offerts par le malade servira de règle de conduite pour l'emploi des doses progressives ou décroissantes;

20° Chez les anémiques on associera toujours les toniques, les ferrugineux à la digitale;

21° Les injections hypodermiques de digitaline semblent devoir être rejetées comme produisant une irritation locale.

Dr Chappet. (*Thèse de Lyon.*)

De la digitale chez les enfants.

(d'après une leçon de M. Jules Simon).

Matière médicale et dosage. — Les principales préparations pharmaceutiques de la digitale sont : les *feuilles* de seconde année qu'on réduit en poudre au moment de les faire infuser ou de les incorporer aux pilules, l'*extrait*, — la *teinture* alcoolique ou éthérée, le *sirop*, enfin son alcaloïde : la *digitaline.*

Vainement recherchée depuis les travaux de Pelletier et Caventou qui avaient indiqué les procédés d'extraction des alcaloïdes végétaux, la digitaline ne fut découverte qu'en 1844, par Homolle et Quevenne. Il y a quelques années enfin, Nativelle réussit à extraire des feuilles de digitale un produit très-soluble et cristallisable.

Les enfants tolèrent facilement l'extrait et la teinture de digitale.

Un des meilleurs modes d'administration de la digitale est l'*infusion des feuilles* pulvérisées et séchées à l'étuve : cette poudre doit être gardée à l'abri de la lumière dans des flacons verts et bien bouchés et avoir conservé la coloration verte et l'odeur de la plante. Vous prescrirez de faire infuser pendant une demi-heure, 0,25 centigrammes à 0,50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans 100 gr. d'eau.

L'*extrait* de digitale se donne en pilules ou, chez les jeunes enfants, en potions aux doses de 1 à 2 centigr. jusqu'à deux à trois ans; de 5 centigr. jusqu'à cinq ans et de 5 à 10 centigr. au-dessus de cet âge.

Le Codex indique deux sortes de *teinture* de digitale : la teinture alcoolique et la teinture éthérée. C'est la première que je vous conseille d'employer comme plus facile à transvaser dans les diverses préparations et à conserver. Elle contient en poids trois parties d'alcool à 60° pour une partie de poudre de digitale. Vous pourrez en prescrire de cinq à dix gouttes au-dessous de trois ans, de dix à quinze jusqu'à cinq ans, et vingt gouttes au-dessus de cinq ans.

Le *sirop* de digitale se fait avec de la teinture alcoolique (chaque cuillerée à soupe de 20 grammes contient 0,50 de teinture, ce qui vaut 0,33 centigr. d'extrait). Vous pourrez donc administrer le sirop de digitale à la dose de une à trois cuillerées à café pour les enfants âgés de plus de deux ans. — A partir de cinq ans, quand l'indication est majeure, vous atteindrez la dose de cinq cuillerées à café.

Toutes ces préparations : infusion, extrait, teinture sirop, seront incorporées dans une potion avec des auxiliaires comme le bromure, l'eau de laurier-cerise, le sirop d'asperges, l'oxymel ou la teinture de scille. Au bout de quatre, cinq à six jours, vous en suspendrez l'usage, et l'effet utile se continuera pendant une semaine entière.

Chez les enfants de six à huit ans on peut déjà faire prendre des pilules composées d'extrait et de poudres mélangés dans les proportions sus-indiquées.

LES INDICATIONS DU VOMISSEMENT CHEZ LES PHTHISIQUES

LEÇON DU Dr FERRAND

Nous pouvons décrire trois sortes de vomissements chez le phthisique :

1° Vomissement mécanique, résultant de la mise en émoi des nerfs respiratoires et auquel concourt souvent un certain degré d'irritation pharyngée ou gastrique;

2° Un vomissement gastrique à proprement parler;

3° Un vomissement central ou bulbaire.

Ces variétés de vomissements diffèrent, non-seulement par leur mécanisme, mais encore par le moment de leur apparition, par la nature des matières vomies, etc.

(*a*) Le *vomissement mécanique* des phthisi-

ques, qu'on appellerait avec beaucoup plus de raison, *vomissement direct*, est celui du début de la maladie. Il rappelle le vomissement de la coqueluche, ou celui de la toux spasmodique, mais en diffère, en ce que ce n'est pas l'intensité de l'effort qui paraît le déterminer.

Il amène des matières qui sont en grande partie des matières alimentaires. La réplétion gastrique, en effet, le provoque. Lorsque l'estomac est distendu par les aliments ingérés, les secousses de toux se produisant, déterminent le rejet des matières qu'il contient. Il est remarquable que ce vomissement, consécutif aux secousses de toux, amène une détente après laquelle la toux se calme. Je vous faisais constater tout à l'heure, sur plusieurs de nos malades, que c'est en effet après le repas du soir que se produit le vomissement. Pourquoi le soir plutôt que le matin? Serait-ce que l'estomac, qui a travaillé toute la journée, est fatigué? que ses sécrétions peptiques sont alors moins efficaces?

La première indication, dans ce cas, est de calmer la toux, ce qui est très-simple à dire, mais moins simple à exécuter. Mais, puisqu'il y a encore en jeu d'autres éléments que cette excitation, il faut agir sur eux, et, en particulier, sur la sensibilité et sur les sécrétions du pharynx. Les gargarismes détersifs détachent les mucosités glutineuses de la luette et de la gorge; les gargarismes alcalins dissolvent les produits de sécrétion et débarrassent les muqueuses. Lorsqu'il se produit de l'irritation, de la rougeur, ou même, ce qui n'est pas rare, quelques ulcérations superficielles au voisinage de la luette, ou sur le palais, il faut employer non-seulement les émollients et les collutoires alcalins, mais encore les modificateurs plus actifs, tels que la décoction de têtes de pavot additionnée de miel rosat, le borax, le bicarbonate de soude.

Lorsque l'irritation est plus profonde et les lésions ulcéreuses plus marquées, tous les modificateurs astringents sont indiqués : le tannin, l'alun, la décoction de feuilles de noyer, d'écorce de chêne, de quinquina, de roses de Provins. Si, ces moyens ne suffisent pas, il faut recourir aux cathérétiques, la teinture d'iode, le nitrate d'argent ou même l'ammoniaque, qu'on a préconisé surtout, vous le savez, contre les accès d'asthme. Mais ce qu'on emploie le plus souvent, ce sont les narcotiques, les fumigations de belladone, de datura, plutôt que de nicotine; puis les anesthésiques et les antispasmodiques. M. Woilez recommande de toucher le pharynx avec une solution bromurée au 1/6. L'eau camphrée gazeuse, employée autrefois, est bien délaissée aujourd'hui.

(*b*). J'arrive au *vomissement gastrique*. Rien de plus commun que les troubles gastriques chez les phthisiques. Pour Andral, ceux-ci se montrent chez les 3/5 des malades; pour Louis, chez les 4/5. Ils sont à la vérité très-fréquents. Ces vomissements arrivent à une période assez avancée de la maladie; c'est le vomissement de la période moyenne. Les matières vomies ne sont plus purement alimentaires. Ce sont des aliments plus ou moins altérés, plus ou moins chymeux et transformés par la digestion.

Ce sont aussi des mucosités, de la bile, qui entrent dans leur composition. Il y a, du fait de ce vomissement gastrique, un résultat comparable à l'effet des vomitifs périphériques ou gastriques, comme l'émétique. C'est bien dans un trouble fonctionnel de la muqueuse que réside la cause de ce vomissement.

Il y a des vomissements gastriques : 1° par apepsie; 2° par hypercrinie; 3° par gastralgie convulsive; 4° par irritation gastrique.

1° Les vomissements par apepsie, par diminution des sécrétions stomacales, se produisent à toutes les périodes de la phthisie; toutefois ce sont ceux que l'on constate le plus souvent au début de la tuberculose. C'est le vomissement de l'embarras gastrique, et rien n'est plus commun que l'embarras gastrique au début de la tuberculose. Or, vous savez ce qui se passe, dans ce cas, du côté de la muqueuse, bien qu'on ne l'ait jamais constaté *de visu*.

Je me suis efforcé d'établir dans une étude parue dans l'*Union médicale*, qu'il y a dans l'embarras gastrique, diminution des secrétions peptiques et augmentation des sécrétions épithéliales c'est ce que nous voyons se produire dans toutes les affections catarrhales. Il faudra donc agir au moyen des eupeptiques amers et toniques et, au besoin, par le vomitif. C'est dans ce cas qu'on a pu dire avec raison : *Vomitus a vomitu curatur*.

Le vomitif sera surtout indiqué quand il y a état saburral marqué des premières voies. A défaut du vomitif, qu'il est quelquefois bon d'épargner au phthisique, vous pourrez employer les modifications topiques calmantes : chloral, chloroforme, éther, ce dernier étant beaucoup plus efficace, puisqu'il est peptique en même temps que calmant, ainsi qu'il résulte des expériences déjà anciennes de Cl. Bernard. La pepsine et la diastase rendront encore de vrais services en ces cas.

2° Le vomissement par hypercrinie est observé, surtout à la fin, chez les cachectiques. Les moyens les mieux appropriés pour les combattre seront les absorbants, surtout la magnésie, puis le charbon. Les poudres astringentes seront encore plus efficaces pour absorber les produits secrétés et modifier la surface sécrétante; telles sont le ratanhia, le colombo, etc. La poudre d'opium brut rend les plus grands services dans ces conditions.

3° Les vomissements résultant d'une sorte de gastralgie convulsive ou d'un spasme de l'estomac réclament l'administration des narcotiques. L'opium est encore ici au premier rang; les anesthésiques, le chloral et l'éther, les antispasmodiques divers, la valériane en particulier, l'éther et le chloroforme, peuvent être mis en œuvre. Enfin, l'eau de Seltz, la potion de Rivière, grâce à l'acide carbonique qu'elles renferment et qu'elles dégagent; la potion de Rivière simple ou, encore mieux, la potion de Rivière composée (avec addition d'éther et d'opium), de Guibourt, seront très-efficaces. On y a employé encore avec avantage les pulvérisations d'éther sur la région épigastrique et au dos.

4° Enfin, lorsque nous avons affaire à une irritation spéciale de l'estomac, soit à un dépôt de granulations tuberculeuses, comme mon ancien collègue Cazin (de Boulogne-sur-Mer) en a en-

core récemment présenté un exemple, soit d'une irritation gastrique simple, il faut agir sur le régime, espacer les repas, prescrire l'usage du régime lacté, employer les modificateurs alcalins, l'iodure de potassium à faibles doses. C'est dans ces conditions qu'agissent aussi les divers emplâtres, de thériaque, d'opium. La révulsion peut aussi être employée avec avantage : teinture d'iode, vésicatoire, etc. — La teinture d'iode peut encore être donnée par gouttes à l'intérieur à titre de modificateur.

(c). J'arrive enfin au *vomissement central* ou bulbaire, qui ne nous retiendra pas longtemps.

Le vomissement central peut se produire au début de la tuberculose à titre dynamique, mais il est alors très-rare. Lorsqu'il se produit, c'est ordinairement dans une période avancée, il est symptomatique de l'irritation encéphalique, et plus spécialement de l'irritation bulbaire par des exsudats méningés, par des produits néoplasiques. Rappelez-vous qu'il suffit d'une modification vasculaire, de l'anémie bulbaire qui se produit dans la syncope, par exemple, dans la migraine et peut-être dans le mal de mer, pour produire ce vomissement. Quant aux matières vomies, ce sont surtout des mucosités et de la bile.

Les agents thérapeutiques ici à votre disposition sont assez nombreux : le chloral (Vulpian) doit se placer au premier rang, puisqu'il peut même neutraliser l'action de l'apomorphine. Le chloroforme, exerçant une double action calmante sur le cerveau et légèrement excitante sur l'estomac, sera doublement utile.

L'opium et la morphine agissent dans le même sens, ainsi que le bromure de potassium, que l'on donne de même, au moment du repas, à la dose de 1 à 2 gr. On y a encore employé, sous diverses formes, l'électricité.

Enfin, on a préconisé les inhalations d'oxygène, que je n'ai pas expérimentées. Le nitrite d'amyle, récemment mis en usage sous forme d'inhalation, à la dose de quelques gouttes, pourrait peut-être agir efficacement en ce sens, puisqu'il a pour effet de combattre les troubles qui résultent de l'anémie des centres. (*Union médicale*).

L'administration informe les adhérents du Concours médical, *fondateurs ou participants, qu'une réunion préparatoire de la réunion générale qui sera appelée plus tard à voter l'organisation définitive, aura lieu, à Paris, dans l'après-midi, à 4 heures, dans la première quinzaine de décembre.*

Nous ne pouvons prévoir, dès aujourd'hui, le nombre des assistants. En conséquence, il est indispensable que ceux des membres du Concours *qui veulent participer à cette réunion, nous fassent, dès aujourd'hui, connaître leur intention. Selon le nombre des avis, nous pourrons choisir et faire connaître ultérieurement le local et le jour.*

Nos correspondants sont priés de mentionner en outre, s'ils désirent assister, après la réunion, au repas, dont le prix est fixé à 10 francs.

CORRESPONDANCE

— Dr C. (Tarn), 15 octobre.
Vous dites : « *Je crains que peu de médecins puissent contracter assurance, car ils sont peu nombreux ceux qui peuvent disposer annuellement d'une somme de six ou sept cents francs et même de la moitié.* » Nous nous étonnons que cette manière de raisonner nous soit opposée pour la seconde fois. Rien n'oblige à s'engager à verser une prime de mille ou de cinq cents francs. On peut n'en verser qu'une de cent ; il est bien évident, que les modes d'assurance si avantageux de la New-York, ne le sont pas moins pour celui qui verse une petite prime, que pour celui qui en paie une plus grosse. Les résultats définitifs du contrat sont toujours exactement proportionnels aux primes.

— Dr S., à V. (Cher), 19 octobre.
Nous vous sommes obligés de l'adhésion du Dr H., que nous avons inscrite et des deux que vous nous faites espérer.

— Dr D., à G. (Hérault), 19 octobre.
M. B., fabricant de verrerie et ustensiles de photographie, demeure 43, rue Saint-André-des-Arts. Pourquoi ne vous adressez-vous pas à M. Chardin, fournisseur du *Concours?* Le numéro vous a été adressé de nouveau.

— Dr G., à P. (Doubs), 19 octobre.
Merci du renvoi des numéros et notamment du 28. Nous n'avons pu jusqu'ici retrouver la cause du double envoi. Les adresses sont-elles semblables et de la même écriture?

— Dr F., à T. (Aisne), 20 octobre.
Nous espérons pouvoir trouver une situation, dans l'organisation du *Concours*, au jeune étudiant en médecine que vous recommandez. Cela dépendra de ses aptitudes et non de notre bonne volonté à vous être agréable.

— Dr S., à D., S.-S., 20 octobre.
Il est indispensable, pour vous indiquer le prix de l'impression, de connaître le format des quatre à six cents pages que vous indiquez; ou envoyez quelques feuilles du manuscrit et précisez-en le nombre. Quant à l'insertion de l'avis, elle est gratuite.

— Dr F., 376 (Lot-et-Garonne), 22 octobre.
C'est avec empressement que nous avons inscrit le Dr L. d'A. et vous sommes obligés de ce que vous dites.

— Dr B., à T. (Haute-Garonne), 23 octobre.
Vous dites : « *J'approuve, en tous points, votre programme; les divers sujets, traités depuis la fondation du* Concours, *ont eu, pour moi, le plus grand intérêt; je reconnais, comme vous, la nécessité de l'union et vous promets de vous assister dans la marche que vous poursuivez, etc.* » Vous êtes inscrit dès ce jour, puisque vous partagez nos idées.

— Dr G., à St-L. (Pyrénées-Orientales), 23 octobre.
Vous êtes inscrit : le numéro de ce jour répond à votre demande de renseignements.

— Dr A., à M. (Bouches-du-Rhône), 23 octobre.
Votre adresse est modifiée sur l'entête de votre lettre. Si vous ne recevez pas depuis deux mois, c'est que l'envoi qui vous est fait régulièrement est retenu à votre ancien domicile. Veuillez vous informer et nous aviser. Pourquoi pas un mot de réflexions et de questions, au sujet du *Concours*, dans votre lettre qui n'est qu'une réclamation fondée, il est vrai, mais un peu trop sobre de ces conseils qui nous importent tant!

— Dr L., 612 (Yonne), 24 octobre.
Le Dr L. est le bienvenu en votre nom.

— Dr B., 75, 26 octobre.
Nous reviendrons sur les circonstances et le résultat de votre généreuse initiative. Quant à l'assurance, attendez, pour celle qui est en cours, le moment de l'expiration. Quel que soit ce moment la réduction vous est acquise. Nous verrons votre fils avec grand plaisir.

— Dr L., 515 (Alpes-Maritimes), 25 octobre.
Ce sera certainement pour un prochain numéro. Si nous ne l'avons fait jusqu'ici, c'est que la saison n'était pas assez avancée pour que le moment fût favorable.

— Dr S., à L. (Ariège), 25 octobre.
Nous adressons votre lettre à la Compagnie propriétaire et sommes assurés qu'elle fera selon votre désir.

— Dr C., à T. (Aube). — M. H., étud. en méd., à A. Algérie).
Vous êtes inscrits

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 45 6 novembre 188

SOMMAIRE :

Le jeune médecin doit faire partie de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

L'éminent président de l'Association générale, M. Henri Roger disait en 1875, lors de son installation : « L'Association générale est une œuvre « d'*affranchissement professionnel*. En attendant que, par les énergiques initiatives qu'elle « fait naître de tous côtés et qu'elle seconde, par « le progrès des mœurs, par l'appui des nombreux docteurs que comptent les Assemblées « législatives elle puisse faire réformer les abus « dont souffre la profession, l'Association doit « surtout s'attacher aux côtés bienfaisants de sa « noble institution : *L'aide* et la *protection*.

« Associés, nous sommes tous égaux : et quand « la protection est l'œuvre de tous et destinée à « tous, les deux termes de la bienfaisance, donner et recevoir, se confondent en un seul et on « peut dire alors : Recevoir est bon, donner est « meilleur.

« Oui, chers collègnes et amis, élevons et étendons nos cœurs ; solidaires, souvenons-nous que « lorsqu'une partie de notre corps souffre, toutes « les autres doivent y compatir ; charitables et « aimants, soyons sensibles aux maux de nos « frères, par les entrailles de la charité fraternelle. »

Il est du devoir étroit de tout *jeune médecin*, de s'agréger à l'*Association générale*. Tous les motifs généreux conspirent à l'engager à ne pas hésiter un instant. Nous ne voulons ajouter qu'un mot à ce sujet : Dans la dernière réunion générale de cette année, l'*Association générale* comptait *7,500 membres*, la moitié des médecins français. Elle n'avait eu à prononcer jusqu'à cette date qu'une seule radiation, pour cause d'*indignité*. En présence de ce consensus, il n'est pas éloigné le jour où *l'étonnement manifesté par le médecin associé, à son confrère qui ne le sera pas encore, aura quelque chose de très-désobligeant*.

Pour faire partie de l'Association générale, il suffit d'en adresser la demande au président de l'*Association locale* la plus voisine, et à son défaut à l'Association centrale. On verse un droit d'admission de 12 francs une fois donné, et une cotisation annuelle de pareille somme.

Il n'a fallu que vingt années pour que l'Association générale ait pu amasser un pécule du bientôt 2 millions ; elle sert environ 60 pensions viagères à des confrères malheureux, en dehors de tous les secours qu'elle distribue annuellement.

LE CONCOURS MÉDICAL

Le *Concours Médical* est une œuvre de solidarité. Fondé par un groupe de mille médecins, animés des mêmes intentions, il a vu, dès son apparition, le nombre de ses adhérents augmenter. Bientôt, le groupe initial aura atteint le chiffre très-respectable de deux mille médecins.

C'est que la pensée qui a guidé le fondateur de l'œuvre et ses premiers coopérateurs a été comprise et appréciée par tous.

Pourquoi le *Concours Médical* a-t-il si vite conquis sa place dans la presse médicale? C'est une question qui mérite d'être examinée dans ce numéro, consacré aux jeunes gens, qu'un diplôme,

péniblement acquis, va jeter aux prises avec les nécessités d'une des professions les plus pénibles, les plus mal rétribuées dans notre organisation sociale actuelle.

Il semble que le diplôme de docteur, délivré par l'Etat, dût être un moyen assuré de vivre honorablement et tranquillement à l'abri de toutes les vicissitudes de la fortune. Il semble que ce diplôme, fruit de six, sept ou huit années de travail, pendant lesquelles l'étudiant a payé, des épargnes de sa famille, des études fort coûteuses, soit un moyen assuré pour le médecin d'entrer, enfin, dans la vie sociale, en y occupant une place en rapport avec son savoir et avec les services qu'il est appelé à rendre à ses concitoyens.

L'Etat, qui a fait payer ses services fort cher, retire sa protection. Il délivre un diplôme, et accorde le droit d'exercice. Tout est fini de ce côté. Pour nous, partisans de la liberté, nous ne songeons pas à nous en plaindre. Mais en revanche le jeune docteur n'est pas quitte envers l'Etat, le département ou la commune et, au milieu des tentatives d'exploitation dont il va être l'objet et qu'il subit, non sans murmurer, il faudra compter les services exigés de lui par les pouvoirs publics.

Dès qu'il est docteur, on exigera, comme la libération d'une dette, l'accomplissement de fonctions d'ailleurs honorables sinon honorées, dans lesquelles il dépensera son temps, et consumera sa vie sans espoir de retour.

Abandonné à la concurrence, à la lutte pour l'existence, sans aide, sans protection, soumis à la patente comme un commerçant ordinaire, le médecin devra encore, sous peine d'être taxé d'inhumanité, rendre des services dont la rémunération dérisoire est faite pour exciter l'indignation de tous.

Cette nouvelle dîme prélevée sur le médecin sera acquitée sur lui sous différentes formes : ce sera comme *médecin légiste*, comme *expert*, comme *médecin des Sociétés de secours mutuels* ou du *bureau de bienfaisance*.

Mais cette exploitation du médecin par l'Etat ou les communes, n'est peu de chose en comparaison de l'exploitation dont il va être l'objet de la part des malades.

Une bonne moitié de la vie du praticien est faite de sacrifices et d'abnégation. Réclame-t-il des honoraires? Un tribunal nécessairement incompétent se reconnait le droit de les fixer. Veut-il recouvrer une dette ancienne ? la prescription d'une seule année suffit pour lui faire perdre tous droits.

Lorsqu'une épidémie éclate, il n'y aurait pas assez de cris de malédiction, si un médecin imitait les gens prudents, changeait d'air et fuyait la contagion ; mais, s'il succombe à la peine, s'il est atteint du mal fatal, au chevet d'un malade, s'il meurt enfin, en laissant une famille sans ressources et sans chefs, la société reste impassible et sourde à l'appel de ces veuves et de ces orphelins d'hommes morts, eux aussi, au champ d'honneur.

Examinons donc les moyens qui sont à la disposition du médecin pour résister à ces causes de désastres.

D'abord on a songé à réclamer la protection de l'Etat. D'excellents esprits ont pensé que l'exercice de la médecine était un service public et qu'il appartenait aux pouvoirs publics d'assurer l'existence de ses serviteurs.

Sans invoquer ici la difficulté qu'il y aurait à faire accepter cette doctrine par l'Etat, nous estimons que le médecin aurait beaucoup plus à perdre qu'à gagner à une telle protection. Réduire le médecin au rôle de fonctionnaire public, porterait selon nous une atteinte sans compensation à sa liberté d'action.

Restreindre même la protection de l'Etat aux familles des médecins morts au service de l'humanité, ne nous semblerait pas conforme à la dignité du corps médical et serait incompatible avec l'indépendance et la considération dont il doit jouir.

Si l'Etat est impuissant ; si sa protection nous semble dangereuse, il nous reste à indiquer ce qui, selon nous, doit être la solution logique d'une situation trop souvent précaire.

Nous le déclarons tout d'abord, l'association des intéressés nous paraît être le seul remède assuré à l'état de choses actuel.

Si les médecins consentaient à s'unir, à se grouper, à se syndiquer pour défendre leurs intérêts communs, ils arriveraient à constituer en face des autres groupes et de l'Etat un corps assez puissant pour faire respecter ses légitimes revendications.

L'association libre, autonome, des groupes syndiqués doit être le but vers lequel nous devons tendre.

C'est pour aider à la réalisation de ces principes que le *Concours Médical* a été fondé. Nous avons d'abord débuté par fonder un journal servi gratuitement à nos adhérents. Nous y avons ouvert une enquête journalière sur les souffrances du corps médical, sur ses aspirations et sur les réformes possibles. Là où il y avait dissension, désaccord, nous avons prêché l'union féconde. Nous avons trouvé un sympathique écho, surtout parmi les médecins de province qui sont abandonnés à eux-mêmes au milieu des terribles concurrences de la vie sociale, et en peu de temps nous sommes

arrivés à jeter les bases d'une association dont les résultats immédiats ne tarderont pas à se faire sentir.

Aujourd'hui, nous adressons un appel à ceux qui vont bientôt entrer dans la carrière, pleins d'illusions et d'ardeur. Nous leur prêchons par avance la nécessité de l'union et de la concorde, avec la ferme espérance que notre appel sera entendu.

Lorsque les médecins consentiront à s'unir dans une association qui aura pour but aussi bien la garantie de leurs intérêts matériels que de leurs intérêts intellectuels et moraux, ils pourront imposer, même à l'Etat, les conditions qui sont indispensables pour assurer leur existence et leur dignité.

Mais il ne faut pas se méprendre sur nos intentions, il ne s'agit pas d'une société de lutte et de résistance, mais bien de concorde et de protection. Nous exigerons, grâce à notre entente, les garanties nécessaires à notre existence, sans oublier jamais que la profession médicale a un but élevé et noble entre tous ; sans oublier jamais que librement, volontairement, *nous sommes les soldats du devoir, les esclaves de l'humanité.* Dr P.

LE CHOIX D'UN POSTE

CONSEILS A UN JEUNE MÉDECIN SUR LE CHOIX D'UN POSTE MÉDICAL.

Vous êtes sur le point de terminer vos études : vous vous demandez où aller vous établir, et votre embarras est grand. Car, à moins d'être doué d'une confiance aveugle en soi-même et d'une orgueilleuse présomption, on ne se jette pas dans la mêlée sans quelque appréhension.

Chaque jour, la chronique professionnelle de ce journal se fait l'écho des plaintes indignées, des amères désillusions des nôtres. Au moment d'entrer dans nos rangs, il vous faut commencer par dresser vos plans, et choisir votre poste. De ce choix dépendra votre avenir. Trop souvent on agit avec une incroyable légèreté. Le jeune médecin ne sait rien des décevantes réalités de la profession ; il est plein de confiance et d'illusions. S'il était averti des difficultés, des déboires qui l'attendent à ses débuts, il sentirait peut-être mieux la nécessité de choisir sa résidence avec prudence et réflexion. Ce choix, je le sais, est difficile. On manque souvent des renseignements indispensables ; puis on se laisse volontiers influencer par diverses considérations personnelles qui entravent plus ou moins la liberté d'action. On désire s'établir dans tel endroit parce qu'on y a de la famille, des relations : qu'on espère y trouver un appui ou des recommandations. Quelquefois le pays est déjà amplement pourvu de médecins. Q'importe : « J'en ferai toujours bien assez pour vivre, » se dit-on. Erreur grossière, qui peut briser votre vie et vous condamner à la misère à perpétuité. Tel, qui croyait n'avoir qu'à jouer des coudes et parler haut pour faire sa trouée, est resté piteusement sur le carreau : il végète misérablement, aigri et haineux ; ou bien, jonglant avec son bonnet de docteur, il s'établit franc-tireur et opère à côté de l'armée régulière. Il sacrifie l'honneur à l'argent. Vous, mon jeune confrère, vous garderez l'honneur : vous resterez dans nos rangs. Tâchez seulement de vous y bien placer. Défiez-vous de votre inexpérience ; choisissez avec une sage lenteur, et n'oubliez pas le conseil du fabuliste : pour bien arriver, il faut partir à point.

Surtout n'ajoutez jamais foi aux propos du public qui, tout en se déshabituant peu à peu de nous payer, s'imagine toujours que nous devons gagner énormément d'argent. Vous trouverez aussi des gens qui vous engageront vivement à venir vous établir dans leur localité. Vous y ferez des affaires d'or, on manque de médecins, ou plutôt, ils ont cessé de plaire. Vous demandez des explications ? On vous répond que M. X. est âgé : qu'il est un peu sourd et que sa vue baisse ; que M. Y. est fantasque et brutal ; que M. Z. est riche et ne daigne pas se déranger ; qu'enfin M. W. est bon médecin, mais qu'il est toujours au café. Ah ! soupirent ces bonnes âmes, nous sommes bien mal partagés !.. Il y aurait une belle place à prendre !..

Belle place, en effet ; quelque chose comme la cinquième dans un fiacre où l'on peut tenir quatre. Vos confrères vous considéreront comme un intrus : ils garderont leur clientèle, et vous ne tarderez pas à vous repentir d'avoir prêté une oreille trop crédule à des propos sans consistance. Vous ne pouvez être renseigné sur les situations médicales que par des gens du métier, médecins ou pharmaciens. Un confrère vous donnera volontiers des indications sur les places à prendre en dehors de sa circonscription. Vous pourvez aussi vous adresser au bureau des associations locales : là encore, vous serez bien conseillé. Enfin, vous pouvez, à l'aide du Bottin, dresser tout d'abord une carte de la région qui vous attire, et vous rendre compte du nombre et du mode de groupement des médecins, par rapport à l'étendue

du pays et à sa population. Tous vos efforts doivent tendre à trouver une place vacante.

Quelles sont maintenant les considérations qui doivent vous guider pour choisir votre poste? Irez-vous dans une grande ville ou dans une petite, dans un bourg ou dans un village ? Cela dépend de vos aptitudes, de vos goûts, et plus encore de votre situation de fortune. Etes-vous riche, je vous engage à vous fixer dans une grande ville : il faut un vaste champ à vos exploits. C'est là seulement, que vous trouverez la gloire que vous cherchez. Laissez la petite ville à ceux qui, moins favorisés du sort, doivent borner leur ambition à gagner le pain de chaque jour.

N'avez-vous qu'un modeste patrimoine déjà fortement entamé par les frais de vos études, vous êtes tenu à plus de circonspection ; mais, si vous pouvez vous suffire quelques années, vous avez encore le choix entre la campagne et la grande ville, entre la médecine encyclopédique et la spécialité. Soyez spécialiste : faites des yeux, — mais hâtez-vous!.. — des accouchements, ou des voies urinaires, cette dernière partie un peu dépréciée par certains exploiteurs à outrance — les francs-tireurs dont j'ai parlé. Pour le moment, abstenez-vous de vous proclamer médecin auriste. Ces régions de l'oreille sont encore mal explorées et d'un rendement trop incertain : laissez-les défricher par d'autres.

Comme spécialiste, vous devez nécessairement vous établir dans une grande ville. Si vous êtes seul, votre stage sera de courte durée ; je vous prédis une fortune rapide et aisée.

Si au contraire, vous abordez la grande ville comme encyclopédiste, soyez bien convaincu que vous végéterez péniblement de longues années. Songez que vous serez dix, vingt, trente, quarante, se heurtant, se bousculant pour escalader l'échelle du succès, chacun voulant percher au-dessus des autres. A moins d'être rompu aux exercices forains et d'être assez dépourvu de scrupules pour faire la parade sur le dos de vos confrères — moyen qui, d'ailleurs, ne réussit pas toujours, — vous n'arriverez qu'à votre tour. Vous avez même des chances pour ne pas arriver du tout. Vous servirez de pâture aux sociétés de secours mutuels, aux administrations, aux usines, à tous ceux enfin, qui font la charité à nos dépens, et qui exploitent plus particulièrement le jeune médecin novice et bourré d'illusions. Si vous êtes ancien interne des hôpitaux, vous arriverez sans doute à être « de l'Ecole » par voie de concours ou autrement ; vous serez nommé médecin de d'hôpital. Mais n'escomptez pas vos titres au point devue de la clientèle : j'ai connu des jeunes professeurs de mérite végétant longtemps dans le milieu stérile de la basse clientèle, faute d'un peu de ce « savoir-faire » qui porte trop souvent au pinacle de la renommée, les audacieux et les hâbleurs.

Dans tous les cas, installez-vous dans un quartier dépourvu de médecin, c'est le plus sûr moyen de vous faire connaître rapidement.

Je suppose maintenant qu'en quittant l'école vous n'ayez d'autre titre de rente que votre diplôme, qui représente alors une entreprise dont vous êtes le directeur et l'actionnaire. La caisse est vide. On compte sur l'exploitation pour la remplir. Entre nous, mauvaise affaire.

Vous n'avez plus le choix. A moins de risquer la banqueroute, à moins d'avoir la foi robuste d'un auvergnat, n'abordez pas la grande ville. Cherchez un gros bourg en pleine campagne : louez une maison sur la place du marché et hâtez-vous d'y placarder votre raison sociale. Si vous avez de l'entrain et de l'aplomb, vous ferez dès la première année une bonne recette qui vous permettra, tout au moins, d'étayer votre budget. Dans une petite ville vous ferez moins les premières années et peut-être toujours ; vous aurez de plus longs crédits avec vos clients et de plus courts chez vos fournisseurs. Vous aurez des concurrents qui redoubleront de zèle et d'activité dès votre arrivée et conserveront toujours sur vous l'avantage de la situation acquise et de l'expérience de la clientèle. Au début, vous verrez se précipiter chez vous cette foule des mécontents, des insolvables, des maniaques qui chanteront les louanges du « nouveau médecin » jusqu'au jour où vous leur adresserez votre note. Ce jour-là, on commencera à semer sur votre compte quelques perfides calomnies et vous constaterez bientôt avec étonnement que, sur les quatre ou cinq mille francs d'honoraires que vous espériez toucher, il vous en rentre à peine mille.

Fuyez les petites villes industrielles, où vous auriez forcément une clientèle fatigante et peu rénumératrice. J'ai entendu les plaintes navrantes de confrères qui, après avoir essayé de vivre dans ces conditions, ont dû abandonner le pays. Fatigués, découragés, dans un dénûment complet, ils sont allés s'échouer dans d'obscurs villages. L'un d'eux s'est relevé assez rapidement et s'estime maintenant bien heureux — en courant jour et nuit la campagne — de gagner cinq à six mille francs par an. S'il faut des médecins pour ces villes, laissez les autres s'y risquer, et abstenez-vous.

Je viens de vous indiquer quelques-unes des raisons qui doivent guider votre choix ; je vous ai tracé rapidement les grandes lignes à suivre : le sujet est loin d'être épuisé, et vous

voudriez sans doute bien des explications sur des points que j'ai à peine effleurés, sur d'autres que j'ai à dessein passés sous silence. Les bornes d'un article de journal ne comportant pas de pareils développements, je vais terminer en vous disant quelques mots des cessions de clientèle et des demandes de médecin par les communes.

Vendre sa clientèle ne parait pas, tout d'abord, une chose faisable. C'est cependant une chose qui se fait depuis quelques années. La raison en est péremptoire. Les clientèles de médecins se vendent parce qu'il se trouve des médecins pour les acheter. Ce genre de trafic devient de plus en plus fréquent : il tend visiblement à entrer dans nos mœurs. Désintéressé dans la question, n'ayant ni acheté, ni vendu de clientèle, je suis loin de blâmer cette manière d'agir.

J'ai entendu beaucoup de mes confrères stigmatiser ce genre d'affaires et les considérer comme contraires à la dignité de la profession. Tel n'est point mon avis. Un médecin qui vend sa clientèle à un confrère, lui cède la place. Pour celui qui achète, c'est là un grand avantage ; de plus, il sait approximativement à quel chiffre d'honoraires il peut prétendre : cela vaut mieux que de se lancer tête baissée dans l'inconnu. Quant aux communes qui demandent des médecins en leur offrant une somme fixe, je n'ai rien à en dire, ce que j'en sais est peu de chose ; cependant, ce bloc enfariné ne me dit rien qui vaille, et j'engage mes jeunes confrères à se méfier. Avant d'accepter les brillantes situations qu'on leur offre, qu'ils se renseignent auprès des confrères des environs.

Dans un des derniers numéros de ce journal, un confrère, en constatant que tous les médecins se plaignent d'être très-mal payés, voudrait que l'on publiât un opuscule exposant aux jeunes gens la triste situation qui nous est faite, et les détournant d'embrasser une carrière si ingrate. Je ne sais si cette publication aurait quelque influence, car le public est convaincu que nous nous plaignons à tort. Le malaise dont souffre notre profession tient à des causes très-multiples, très-complexes : chacun le sent, mais aucun de nous, dans son isolement, ne peut y remédier. C'est pourquoi la nécessité de l'association s'impose actuellement à tous. Heureux ceux qui n'ont qu'à suivre le chemin déjà tracé par un père laborieux ; plus heureux encore ceux qu'un patrimoine suffisant met à l'abri des incertitudes de la carrière! Car, sachez-le bien, jeunes confrères qui allez prendre votre billet pour une destinée inconnue, les voies sont bien encombrées : longtemps vous serez obligé de « siffler au disque » pour trouver la vôtre. Il y en a qui sifflent toujours!.. Vous comprendrez ce langage naturaliste et vous ferez une ample provision de patience et de résignation pour compléter votre bagage scientifique. UN PRATICIEN.

LES CARRIÈRES MÉDICALES

LA MEDECINE NAVALE

SON ORGANISATION.

Toulon, Octobre 1880.

En participant à la création du *Concours Médical*, nous avons pris envers nous-mêmes l'engagement de nous rendre utiles à nos confrères, chacun de nous suivant nos goûts, nos aptitudes, la tendance de notre esprit et notre sphère d'action.

J'ai pensé, qu'à ce moment de l'année surtout, il ne serait pas sans intérêt de parler à mes confrères, pères de famille, d'une carrière qu'ils con naissent à peine de nom, s'ils vivent loin d'un port militaire. La médecine de la marine, dans laquelle je viens de passer près de trente ans, présente des avantages sérieux à côté d'inconvénients graves ; je tâcherai d'exposer les uns et les autres avec la plus grande impartialité, de manière à éclairer le lecteur et même à le guider.

ÉCOLES.

Il existe, en France, trois écoles de médecine navale : à Brest, Rochefort et Toulon, dirigées par un médecin ayant rang d'officier général et appelé *Directeur du service de santé*.

Un règlement ministériel en date du 2 juin 1875, fixe le mode d'enseignement, la répartition des cours, la constitution des jurys d'examens et de concours, les matières de ces concours, etc., etc.

On trouve, dans chaque école, un amphithéâtre pour les dissections (les sujets sont délivrés gratuitement), une bibliothèque, un jardin botanique, des collections d'histoire naturelle, d'anatomie humaine et comparée, d'anatomie pathologique, d'instruments de chirurgie, de physique, etc.

Les cours, professés pendant l'année scolaire, commencent le 3 novembre et finissent le 31 août. Ils sont répartis en deux semestres et comprennent toutes les branches de la science. L'enseignement est donné par des professeurs et des agrégés ; les premiers, officiers supérieurs, occupent une position permanente acquise au concours ; les seconds, médecins ou pharmaciens de

1re classe (rang de capitaine), ne remplissent que des fonctions temporaires, accordées aussi après concours, qui durent quatre années, pendant lesquelles ils sont naturellement exemptés du service à la mer, mais après lesquelles ils sont disponibles pour l'embarquement. Ce sont les vrais instructeurs des étudiants : leurs cours sont élémentaires, tandis que ceux des professeurs sont destinés aux médecins et comportent les mêmes développements que les cours des facultés.

Conditions d'admission.

Pour être admis aux écoles de médecine navale le candidat doit :

1° Présenter les diplômes de baccalauréat exigés pour le doctorat ou le titre universitaire de pharmacien de 1re classe ;

2° Etre autorisé par le père ou le tuteur, s'il est mineur ;

3° Avoir un correspondant, s'il est étranger à la ville ;

4° Etre propre au service de la marine ;

5° Présenter son acte de naissance ;

6° S'il a satisfait à la loi du recrutement, présenter un certificat constatant sa situation ;

7° S'il provient d'une autre école de médecine ou d'une Faculté, d'une école supérieure de pharmacie, produire les inscriptions qu'il y a prises ;

8° S'il n'a pas d'inscriptions, être âgé de moins de vingt ans.

9° Donner cinquante francs pour la bibliothèque de l'Ecole ;

10° Se présenter au conseil de santé avec son père ou son correspondant.

Les étudiants sont classés en deux divisions et ils ne peuvent passer de l'une à l'autre qu'après un examen de fin d'année ; s'ils échouent à cet examen ils sont exclus de l'école.

Bien que les étudiants n'appartiennent pas à un corps militaire, qu'ils ne soient pas internés, qu'ils vivent dans les écoles de médecine navale, comme dans les autres écoles de médecine, ils sont soumis à un règlement disciplinaire sévère arrêté par le ministre de la marine le 25 juin 1874.

Concours.

Après deux ans d'études dans une école de médecine navale, l'étudiant est tenu de se présenter au concours pour le grade d'aide-médecin, le premier de la hiérarchie. Mais il n'est pas indispensable d'appartenir à une école de médecine navale pour prendre part au concours : tout étudiant d'école secondaire, d'école de plein exercice ou de faculté a le même droit, pourvu qu'il présente huit inscriptions validées, qu'il n'ait pas accompli sa vingt-troisième année, avant le 1er janvier de l'année du concours et qu'il soit apte au service militaire. Voilà les trois seules conditions exigées.

Les concours sont annuels ; ils s'ouvrent le 1er septembre et sont annoncés deux mois d'avance dans le journal officiel. Ils ont lieu à Brest, Rochefort et Toulon, devant un jury unique, composé d'un directeur président et de professeurs désignés par le sort en séance tenue au ministère. Ce jury se transporte successivement dans chaque école.

Les matières du concours sont contenues dans un programme qu'on peut se procurer chez M. Baillière, éditeur, rue Hautefeuille, 19, à Paris. Les nominations ont lieu une quinzaine de jours environ après la clôture du concours, ordinairement dans la première semaine de novembre.

Voyons maintenant quelle est cette position, ses avantages et ses mauvais côtés.

Carrière, avancement, solde, etc.

Le tableau suivant donne d'une manière sommaire les renseignements les plus importants ; il s'applique aussi bien aux pharmaciens qu'aux médecins.

DESIGNATION DU GRADE	ASSIMILATION	SOLDE ANNUELLE		
		A terre	A la mer	Aux colonies
1. Aide-médecin.	Sous-lientenaut.	1781	2137	2981
2. Médecin de 2e classe.	lieutenant.	2461	2954	4461
3. Médecin de 1re classe.	capitaine.	3451	4141	5701
4. Médecin principal ou professeur.	chef de bataillon	5604	6724	7604
5. Médecin en chef.	colonel.	8177	9812	10677
6. Directeur et inspecteur.	presque général de brigade.	10000	«	»
7. Inspecteur général.	Général de brig.	14000	»	»

Nota. — Les Directeurs et inspecteurs servent toujours en France. La première moitié des directeurs et inspecteurs reçoit un supplément de solde de deux mille francs

Le passage du premier grade au second, du second au troisième, a lieu au concours et on ne peut se présenter au concours qu'après avoir accompli trois ans de service et un certain temps de navigation dans le grade inférieur.

Le passage du troisième au quatrième a lieu, après quatre ans de service au moins, moitié au choix, moitié à l'ancienneté.

Au-delà l'avancement a toujours lieu au choix.

Après le troisième grade, le corps bifurque : d'un côté se trouve l'enseignement, de l'autre la navigation. Les médecins de 1re classe et les médecins principaux qui ont du goût ou des aptitudes pour le professorat se présentent au concours quand une vacance est annoncée dans cette bran-

che, et dans ces nouvelles fonctions, ils sont jusqu'à la fin de leur carrière, attachés aux écoles. Pour eux, plus de navigation, plus de colonie, mais les soins de l'enseignement, le traitement des malades dans les hôpitaux et la perspective, s'ils sont assez jeunes, d'arriver à la plus haute position du corps, celle d'inspecteur général, *que ne peuvent jamais atteindre les médecins naviguants*.

Il y a là une anomalie destinée à disparaître avec le temps, comme doit disparaître sous peu la choquante inégalité qui existe dans l'avancement des médecins par rapport au corps des officiers de vaisseau. Ceux-ci, on le sait, passent du grade de lieutenant de vaisseau (capitaine) à celui de capitaine de frégate (lieutenant-colonel) sans s'arrêter au grade intermédiaire de chef de bataillon, qui n'existe pas pour eux. Dans la médecine, le médecin de 1re classe, qui a rang de lieutenant de vaisseau, en passant médecin principal ne reçoit que l'assimilation de chef de bataillon. Cette disposition blessante qui a fait l'objet de nombreux articles de journaux, brochures, questions à la Chambre, etc., doit ne plus exister dans l'avenir s'il se rencontre un ministre soucieux de mettre ses actes en conformité des principes d'égalité, de justice qu'on proclame si haut aujourd'hui.

En ce moment, les chances de navigation et d'avancement sont ainsi fixées : L'étudiant est reçu à vingt-deux ans aide-médecin; à vingt-cinq ans il est médecin de 2e classe, et à trente ans il arrive à la 1re classe. C'est dans cette dernière position qu'il stationnera le plus longtemps; aujourd'hui ce stationnement est de quatorze ans; il deviendra chaque année plus long. Mais par contre tout médecin principal qui voudra continuer ses services, arrivera après six ou sept ans au grade de médecin en chef et s'il est favorisé à celui de directeur.

Le diplôme de docteur est exigé des candidats à la 1re classe.

Telle est la carrière du médecin de la marine, carrière pleine de labeurs et de dangers, l'exposant à l'inclémence des pays tropicaux, aux périls et aux fatigues de la navigation, le tenant pendant au moins la moitié de son service loin de la patrie, loin de la famille. Quand je reporte ma pensée à mes premières années d'études, et que je fais l'appel des camarades, comme je m'attriste, hélas! en comptant tous les vides que la mort a faits autour de moi. Mais aussi, que d'intéressants souvenirs, que de solides amitiés cimentées par une communauté d'ennuis et de dangers? Voilà ce qui me fait encore plus regretter ceux qui ne sont plus.

Et maintenant, si un père de famille me disait : Me conseillez-vous d'engager mon fils dans cette carrière? — Je répondrais :

La médecine navale a des avantages réels; elle permet à un jeune homme de se suffire à lui-même à vingt-trois ans au plus tard, de ne plus être par conséquent à la charge de sa famille, de faire ses premières études dans d'excellentes conditions scolaires, d'acquérir rapidement l'expérience des malades, de s'habituer de bonne heure à prendre les résolutions les plus graves de l'exercice de notre art, de ne point s'exagérer la responsabilité professionnelle, de retrouver après chaque absence des maîtres toujours disposés à se rendre utiles à leurs élèves. Enfin, lorsqu'après plusieurs années de navigation, le médecin de la marine s'aperçoit qu'il n'est pas fait pour cette carrière, il peut donner sa démission et entreprendre la médecine dans laquelle il apportera une expérience peu commune à son âge, un jugement droit formé au contact d'hommes sévères sur les règles de l'honneur, et une indulgence pleine d'aménité pour les malades qui s'adresseront à lui. En deux mots, la médecine navale est à tous les points de vue une excellente école pour les médecins civils.

Je laisse à un autre le soin de faire connaître la médecine militaire. Celle-ci est, depuis la guerre de 1870, l'objet d'incessantes modifications; je n'ai pu les suivre toutes. Le *Concours médical* trouvera bien dans ses membres un obligeant confrère qui les fera connaître, ce que me fait espérer d'ailleurs une correspondance du 9 septembre d'O... (Vaucluse) insérée dans le n° 38 de notre journal. Dr Ch. A.

LA MÉDECINE MILITAIRE

Monsieur le directeur,

Désireux de rendre service aux lecteurs du *Concours Médical*, et, en même temps, satisfait de pouvoir parler des avantages réels de la *médecine militaire*, je vais, en quelques mots, en étudier le mécanisme.

Je ne veux pas revenir sur le passé et le recrutement par l'Ecole; je ne veux pas, non plus, chercher quels avantages pouvait avoir l'Ecole au point de vue de la solidarité du corps; cette question m'entraînerait trop loin en me forçant à

discuter le principe lui-même, duquel un corps constitué tire sa force au regard des autres corps. Je ne veux que suivre le jeune homme, depuis son entrée dans la carrière, dire comment il peut y entrer, comment il y vit, et enfin comment il en sort.

Aujourd'hui, le recrutement se fait pas les étudiants en médecine, aux différents degrés de leurs études, y compris les docteurs en médecine, avant l'âge de vingt-huit ans. Chaque année, un concours a lieu et les élèves reçus sont classés les uns comme *élèves* et les autres comme *stagiaires au Val-de-Grâce*. Du reste, je vais simplement citer des extraits de la décision présidentielle, qui fixe le mode de recrutement.

« *Chaque année, au mois de septembre, un concours aura lieu d'après un programme arrêté le 1er mai par le Ministre de la guerre.*

« *Peuvent se présenter les étudiants ayant au* moins huit inscriptions *et ayant subi les examens de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.*

« *Etre né Français ou naturalisé.*

Avoir moins de 23 ans pour les élèves à huit inscriptions ; moins de 24 ans pour les élèves à 12 inscriptions. Souscrire un engagement d'honneur de servir 10 ans au moins, à partir du grade d'aide-major.

Les élèves à huit inscriptions, peuvent se faire inscrire, une fois reçus, dans les villes qui comprennent une faculté de médecine ; ils concourront au service médical de l'hôpital militaire, et ils suivent les cours de la Faculté, pour en subir les examens.

Ces élèves n'ont pas d'uniforme et pas de solde. Toutefois les boursiers, aux prytanées militaires, pourront obtenir une subvention.

Les élèves à 12 inscriptions sont réunis au *Val-de-Grâce* et suivent les cours de la Faculté de Paris : ils doivent subir deux examens de doctorat entre la 12e et la 16e inscription et être reçus docteurs au 1er *mai qui suit la fin de la quatrième année*. Ces élèves reçoivent une solde, environ 180 fr. par mois, et ils ont une tenue.

A dater de l'admission de l'élève, les frais d'inscriptions, d'examens, de diplômes, sont payés par la Guerre, sauf dans les cas d'ajournements ; deux échecs au même examen entraînent le licenciement.

Après l'obtention du grade de docteur l'élève devient stagiaire avec une solde de 230 fr. par mois, et il reçoit au Val-de-Grâce le complément de son éducation médicale dans les parties afférentes à l'armée.

En cas de démission, avant la fin de l'engagement d'honneur, on est tenu au remboursement des frais de scolarité.

A sa sortie du Val-de-Grâce, après un examen, l'élève entre dans l'armée, comme *médecin aide-major de deuxième classe ;* au bout de deux ans il arrive, de droit, au grade *d'aide-major de première classe*, et il est attaché au service régimentaire.

Je ne veux pas préjuger les résultats que doit produire la loi future de l'administration de l'armée; cependant il est certain que de cette loi doivent naître, forcément, des avantages, au point de vue de la situation matérielle comme au point de vue de la situation, je puis dire *morale*, puisque l'amour-propre forme la base des relations dans le commandement et dans l'administration.

Il faut qu'un médecin, à l'âge de trente ans, arrive à une situation définie à tous égards, et la nouvelle loi paraît vouloir confirmer ce principe, en admettant aux augmentations du cadre des médecins-majors (*capitaines*).

C'est à partir de ce grade, que se fait, par le concours, la division entre les médecins des régiments et les médecins des hôpitaux : les uns ne peuvent pas dépasser le grade de *médecin-major de 1re classe*, et les autres peuvent, par les hôpitaux, parvenir au point le plus élevé la hiérarchie qui est le grade de *médecin inspecteur* (général de brigade).

Ai-je fait ressortir quels sont les avantages matériels de la médecine militaire, où un homme peut trouver à satisfaire toute son ambition, comme bien-être et comme honneurs ?

Le médecin militaire a de plus beaucoup de temps, en dehors de son travail quotidien pour se livrer à ses études favorites et cultiver les relations sociales. Elles lui sont faciles et quelle que soit sa résidence, quels que soient ses goûts d'études, il aura la satisfaction de pouvoir fréquemment faire trêve aux préoccupations de sa profession pour trouver, ailleurs, des occasions de distraction.

La variété de leurs aptitudes, a permis aux médecins militaires d'agrandir leur situation, et je dois dire que la place qui leur est faite dans l'armée est aussi convenable que possible. Il faut aujourd'hui qu'ils déméritent pour ne pas recevoir l'accueil qu'on leur prépare et si leur caractère est celui qu'on attend, ils deviennent les enfants gâtés du régiment.

Dans les hôpitaux, la situation est un peu différente, parce que, là, le médecin militaire est

isolé. En ce moment, il est sous la tutelle de l'intendance, quelquefois pointilleuse ; mais si la loi donne aux médecins la place que leur assigne leur rôle dans l'hôpital, il est certain, qu'à la responsabilité du service, viendra s'ajouter cette satisfaction de l'homme, qui, chargé d'un rôle important, le remplit avec conscience, mais aussi, recueille tous les bénéfices de son travail.

Aujourd'hui la médecine militaire ne cesse de faire preuve d'abnégation et de savoir, dans toutes les circonstances, et s'il y a quelque chose de bien fait, c'est l'intendance qui en réclame le bénéfice. Si encore elle réclamait aussi la responsabilité quand le mal est le résultat, non pas de son incapacité, mais de son impossibilité à tout faire, et de son inaptitude médicale !

Soldes (*par an,) (Nettes).*

Médecin *inspecteur.*		12,564
Médecin *principal*	1re classe	8,640
Médecin *principal*	2e classe	7,092
Médecin *major*	1re classe	5,976
Médecin *major*	2e classe	3,600
Médecin *aide-major*	1re classe	2,628
Médecin *aide-major*	2e classe	2,556

Quant à la retraite, les médecins ont les mêmes avantages que les officiers de l'armée ; ils arrivent, assez jeunes, au grade de médecin de 1re classe (commandant). Le maximum de ce grade, comme retraite, leur assure une position acceptable et, une fois rendus à la vie civile, ils peuvent encore améliorer leur situation par l'exercice de la médecine. Dr A.

De cet exposé il ressort que comme la médecine navale, la médecine militaire peut rendre de grands services aux familles qui ne peuvent subvenir à tous les frais qu'entraîne la poursuite du grade de docteur et les incertitudes de la pratique à ses débuts.

On voit qu'au bout de deux années d'études, tout étudiant en médecine peut arriver à se suffire. Seules, ces deux carrières peuvent donner satisfaction à ce besoin de changement, de voyages, de milieu nouveau qui convient si bien à la jeunesse et dont elle peut tirer tant de profit.

Il faut être favorisé de la fortune plus qu'on ne l'est d'ordinaire dans notre profession, pour se donner la satisfaction des voyages lointains. Il est souvent pénible à 26 ans, de se fixer d'une façon définitive, au risque d'éprouver bientôt la lassitude de ses horizons trop bornés.

Dans le cas où l'on ne songe pas à rester dans l'armée ou la marine, quelle meilleure préparation aux austères obligations de notre profession que ces déplacements, ces devoirs à remplir, cette discipline d'esprit et même de corps auxquels on se trouvera astreint. Leçons spéciales, initiative développée, sentiment de la responsabilité franchement acceptée, fréquentation d'hommes jeunes, à idées ouvertes, à tous les sentiments élevés ; tels sont les caractères des deux professions.

Diminuer du tout, au tout les sacrifices de sa famille, vivre d'une existence facile, à l'abri du besoin, sans souci d'un avenir qu'on peut considérer comme assuré si on veut en accepter toutes les conséquences, suppression des chances si nombreuses d'insuccès que présente la pratique civile, tels sont les éléments qui peuvent entraîner la décision du jeune médecin.

Ajoutons qu'il peut être assuré qu'en accomplissant sa tâche avec le devouement professionnel il aura la certitude d'être utile à son pays et à l'humanité. Ces derniers motifs ne sont pas les plus vulgaires.

LE SERVICE COLONIAL

En parlant du *Service colonial*, je n'ai en vue que l'*Algérie* parce que c'est la seule de nos colonies qui, par son climat, la nature de son sol et sa proximité, puisse donner lieu à un peuplement régulier et considérable. Dans l'avenir cette contrée trouvera à recruter dans son sein des médecins ; mais jusqu'ici toute l'attention est portée sur la culture et le commerce, et c'est l'*administration départementale* qui est chargée d'organiser dans les centres qu'elle forme, le service médical.

Ce service peut comprendre, depuis quelques années, des médecins indigènes d'une instruction inférieure ; mais je ne veux ici considérer que la situation du docteur en médecine.

Dans toutes les circonstances le médecin reçoit une indemnité fixe qui va de 2,400 à 4,000 fr., suivant les grades ; mais c'est surtout sa situation dans la société qu'il faut étudier, pour montrer les avantages ou les inconvénients de la position,

Quand le médecin habite une ville, tout en étant chargé du service médical d'un village assez voisin, sa situation est fort agréable, parce

qu'il peut s'occuper de clientèle civile et avoir ses appointements comme bénéfices nets.

Quand il habite la campagne, il n'a pour toute ressource que son traitement et un peu de clientèle. Il est isolé de toute ville; mais alors il a un avantage considérable à la condition de ne pas craindre cet isolement: c'est qu'il peut avoir une *concession* et devenir cultivateur. Je ne veux pas insister sur les progrès que fait la colonie algérienne; mais pour beaucoup de médecins établis depuis peu la question de culture est devenue la plus importante, parce qu'elle leur donne une propriété d'un très grand rapport et *la fortune*. C'est la préfecture de chaque département algérien qui est chargée de la désignation et de la répartition des postes; par conséquent le médecin qui veut être désigné, doit adresser sa demande au département où il veut habiter, ou bien au gouvernement général, en désignant la province où il désire aller de préférence.

Dr A.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

On a eu l'heureuse idée de former une réunion extra-parlementaire qui a pour objet de s'occuper des intérêts du corps médical.

Les sénateurs et députés médecins qui n'en font pas partie, ont probablement de sérieuses raisons pour s'abstenir.

A priori, nous ne voyons pas quelles elles peuvent être.

Liste des Députés et Sénateurs faisant partie de la réunion extra-parlementaire des médecins.

DÉPUTÉS.

MM. Bamberger, Bert (Paul), Bourgeois, Bruneau, Chavanne, Chevandier, Cornil, Couturier, Devade, Forné, Gaune, Garrigat, Gros-Gurin, Guillot, Guyot, Joubert, Labuze, Lalanne, Lavergne, Le Maguet, Lemonnier, Liouville, Lombard, Mahy (de), Marmottan, Mas, Monteils, Moreau, Mougeot, Rouvre, Souchu-Servinière, Tiersot, Thomas, Turigny, Vacher, Vernhes, Soye.

SÉNATEURS.

MM. Cazalas, Combescure, Delacroix, Dufay, Massot, Robin, Roussel, Testelin.

Ne font pas partie de la réunion.

DÉPUTÉS

MM. Allemand, Chavoix, Clémenceau, Frébault, Larrey (Baron), Livois, Naquet, Poujade, Seignobos.

SÉNATEURS.

M. Bonnet.

RENSEIGNEMENTS

Le PROGRÈS MÉDICAL *vient de publier, comme il le fait chaque année, son numéro des étudiants.*

Les indications qu'il contient sont tellement complètes qu'il nous est permis de nous contenter des renseignements généraux qui suffiront à nos lecteurs en cours d'études médicales.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
(ANNÉE SCOLAIRE 1880-1881).

Les cours d'hiver de la Faculté ont lieu dans l'ordre suivant, depuis le 3 novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique. — Des phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. — Lundi, à cinq heures (petit amphithéâtre). — M. Gariel. — Physique générale. — Actions moléculaires. — Chaleur. — Electricité. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies des poumons et du cœur. — Mardi, jeudi, samedi. à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — Les appareils de la vie nutritive et les appareils de la génération. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures.

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Etiologie et pathologie générales. — Contagion et infection. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Chimie médicale : M. Wurtz. — Chimie inorganique comprenant les applications à la médeeine. — Mardi, jeudi, samedi, à midi.

Pathologie chirurgicale : M. X... — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Opérations et appareils : M. Léon Le Fort. — Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des vaisseaux, des téguments et des os. — Amputations, résections. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — 1° L'anatomie générale. — Les principes immédiats et les éléments anatomiques, — 2° les humeurs normales et morbides du corps humain. Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies parasitaires. — Bibliographie. — Bibliographie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Clinique médicale : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de huit à dix heures du matin. — M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours de huit à dix heures du matin. — M. Hardy, à la Charité, tous les jours de huit à dix heures du matin. — M. Potain, à Necker, tous les jours de huit à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours de huit à dix heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants-Assistés, tous les jours de huit à dix heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours de huit à dix heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité,

tous les jours de huit à dix heures du matin. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Verneuil à la Pitié, tous les jours de huit à dix heures du matin. — M. Trélat, à Necker, tous les jours de huit à dix heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu. tous les jours de huit à dix houres du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique de la Faculté, tous les jours de huit à dix heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à quatre heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M Farabeuf. — Articulations, muscles, vaisseaux. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures et demie. (École pratique, rue Vauquelin.)

COURS AUXILIAIRES.

Cours auxiliaire de chimie médicale : M. Henninger, agrégé. — Biologie générale. Phénomènes chimiques de la digestion. — Mercredi, à qnatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. — mardi, jeudi, samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Dieulafoy, agrégé. — Maladie du larynx, des bronches, de la plèvre et des vaisseaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Berger, agrégé. — Maladies de l'abdomen, du rectum et des organes génitaux. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours anxiliaire d'accouchements : M. Pinard, agrégé. — Dystocie. — Chirurgie obstétricale. Manœuvres. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie : M. X...

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique : M. Olivier, agrégé. Anatomie pathologique de l'appareil digestif. Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (petit amphithéâtre)

TRAVAUX PRATIQUES.

Anatomie : Farabeuf, agrégé directeur, des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie. — Dissection. — Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. Tous les jours, étude et dissections de midi à quatre heures. — Démonstration dans chaque pavillon, de une à quatre heures.

Physiologie : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie.

Histologie ; M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. Lundi, jeudi (1re série); mardi, samedi (2e série), de neuf à onze heures.

Chimie médicale : M. Willm, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Mardi, jeudi, de une à trois heures; mercredi, vendredi, de huit à dix heures.

Physique médicale : M. Gay, agrégé, chef des travaux — Exercices pratiques de physique. — Conférences de physique. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à six heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique.

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, dissections.

Troisième année : Anatomie, histologie, dissections; médecine opératoire, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicales et obstétricale.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Clinique chirurgicale. — M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux, a repris ses leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis le samedi 30 octobre, à neuf heures et demie, et les continue les samedis suivants à la même heure.

Clinique chirurgicale. — M. le docteur Léon Labbé, chirurgien de Lariboisière a repris ses leçons et opérations le mardi 26 octobre, à neuf heures, et les continue les mardis suivants à la même heure.

Maladies des enfants. — M. le docteur Jules Simon commencera son cours sur les maladies des enfants et la thérapeutique infantile le mercredi 10 novembre à l'hôpital des enfants malades, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

Gynécologie. — M. le docteur Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes le premier lundi de novembre, à midi et demi, rue de Savoie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Examen des malades, diagnostic et traitement.

Ohpthalmologie. — M. le docteur Desmares commencera ses cours, ses opérations et ses cliniques le lundi 8 novembre, et les continuera les lundis et mercredis suivants à une heure, 8, rue Hautefeuille.

Policlinique de chirurgie des femmes. — M. le docteur Berrut reprendra ses leçons le jeudi 4 novembre 1880, rue de Bellechasse, 29.

A neuf heures : consultations auxquelles assistent les élèves inscrits. — A onze heures : leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

Il les continuera les jeudis suivants aux mêmes heures jusqu'au 21 août 1881.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr MALLEZ a commencé, le lundi 4 octobre, à une heure et demie, à la clinique de la rue Christine, 3, ses conférences cliniques sur les maladies de l'appareil urinaire, pour les continuer les lundis suivants à la même heure. M. le Dr Jardin fera, les vendredis, un cours d'examen chimique et microscopique des urines.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Séance les lundis à 3 heures.

Académie de médecine. — Séance les mardis à 3 heures.

Société de chirurgie. — Séance les mercredis à 3 heures.

Société médicale des hôpitaux. — La Société a repris le cours de ses séances ordinaires le vendredi 8 octobre. Comme par le passé, elles ont lieu à 3 heures et demie très-précises.

Société médicale des bureaux de bienfaisance. — Cette Société reprendra ses séances le mercredi 13 octobre, à 8 heures précises du soir, à l'Administration de l'Assistance publique.

AVIS

A vendre, pour cause de retraite, en toute propriété et meublée, une MAISON DE SANTÉ, d'installation très-belle et très-complète, admirablement posée, connue depuis vingt-cinq ans, en plein rapport.

L'établissement est pourvu d'une HYDROTHÉRAPIE avec matériel absolument au courant des nécessités de la science — cure de petit-lait — bains de vapeur résineux, etc.

Pays très-beau et très-riche. Nombreuses lignes ferrées. Affaire très-sérieuse.

S'adresser au bureau du journal.

AVIS AUX ETUDIANTS

Les élèves des Lycées, âgés de moins de dix-nuit ans pouvaient, seuls jusqu'ici, obtenir, des Compagnies, des CARTES D'ABONNEMENT A PRIX RÉDUIT sur les diverses lignes de chemins de fer.

Nous avons fait, auprès des éminents administrateurs de la Compagnie du Nord, MM. de Saint-Didier et Gustave de Rothschild, toujours prêts à accueillir les innovations intelligentes, une démarche qui a été couronnée de succès.

Désormais tous les étudiants des facultés sont admis à prendre un abonnement de six mois QUI SERA VALABLE POUR UN AN.

Nous espérons que les autres Compagnies voudront suivre l'exemple de la Compagnie des chemins de fer du Nord. Ces facilités accordées aux familles qui désirent conserver plus longtemps leurs enfants auprès d'elles, seront accueillies avec reconnaissance. C'est une des solutions de la question si controversée de l'Internat. Elle n'a que l'inconvénient de ne pouvoir s'appliquer à un grand nombre d'étudiants. Nous nous proposons d'examiner plus tard comment ces mesures pourraient être généralisées.

Les étudiants de quatrième et de cinquième année, fils de membres du Concours médical, *sont admis, sur leur demande, à recevoir le journal gratuitement.*

CORRESPONDANCE

— Dr L., 612 (Yonne), 24 octobre.

Nous sommes heureux que le Dr L... que nous inscrivons en qualité de membre du *Concours* en apprécie la valeur dans les termes que vous voulez bien nous écrire et qu'il ait suffi d'être amplement informé par vous, pour déterminer sa décision. C'est à votre intervention que nous le devons.

— Dr A., 30 (Charente).

Nous prenons note de votre nouveau changement de domicile. Vous auriez pu, en nous en faisant part, nous donner quelques détails; quelle qu'en fût la nature, ils auraient été matière à information pour nous; n'aurait-ce été que la désignation des motifs qui avaient nécessité votre nouveau déplacement. C'est le seul moyen d'être renseignés sur l'exercice médical et ses difficultés dans votre région.

— Dr B., à St-M. (Aisne), 25 octobre.

Le no 44, que vous avez dû recevoir, a dû faire la lumière, pour vous, sur les points que vous ne compreniez pas.

— Dr L., 541, 27 octobre.

Le fait que vous citez à propos des sociétés de secours mutuels intéressera les lecteurs du *Concours*. Vous prenez avec grande raison la question au point de vue de ce qu'elle présente de pratique. Nous en ferons l'objet d'une communication à la chronique professionnelle. Vous ajoutez : « *L'idée d'échanges que vous proposez d'établir par l'intermédiaire du* Concours *peut être féconde et recevoir d'amples développements.* » Nous sommes bien de cet avis. Il en est peu parmi nous qui ne collectionne. Pourquoi ne pas établir une circulation de ce genre, si profitable pour tous ceux qui ont un goût à satisfaire. Notre ami, B. de M. (Oise), devrait bien se charger de la chronique-correspondance, au sujet de ce qu'on est convenu d'appeler les antiquités et qu'il connaît si bien; que de trésors perdus qui ne le seraient pas, s'il voulait faire notre éducation !

— Dr P., Paris, 28 octobre.

On a pris note du changement. Nous espérons bien vous voir.

— Dr D., à A. (Charente), 29 octobre.

Oui, assurément. Nous sommes à la disposition de vos amis dans les mêmes conditions. Nous comptons bien sur les actes de concours qui vous seront agréables.

— Dr M., à S. (Lot), 29 octobre.

Votre document est très-instructif. On peut dire que c'est là le comble du cumul. Nous l'utiliserons prochainement.

— Dr B., à V. (Alpes-Maritimes), 30 octobre.

Ce sera probablement pour le no 46, que nous serons en mesure. Nous ne pouvons rien savoir sur la quotité des demandes. Comment pourrions-nous l'apprécier?

— Dr G. de M.. à L., 1er novembre.

Nous lirons avec plaisir votre brochure. Un projet analogue a déjà été exposé dans le *Concours*. La *New-York* va vous répondre incessamment. Nous rechercherons le passage de Fourier, auquel vous faites allusion. Les deux colonnes nous semblent bien difficiles. Qui peut, dans les choses de notre art, s'assurer qu'il inscrira le vrai dans une colonne et le faux dans la colonne opposée?

— Dr B., à S.-F. (Yonne), 27 octobre.

On fera les modifications que vous voudrez bien indiquer.

— Dr B., à C., 31 octobre.

Reçu l'abonnement. Votre lettre du 31 vous range parmi les membres du *Concours*.

— Dr T., 953 (Maine-et-Loire).

Nous utiliserons votre communication.

— Dr O., à L. (Seine-et-Oise).

Vous êtes au nombre des adhérents du *Concours*. Pris note de votre avis.

— Dr B., à A. (Côte-d'Or).

Vous seriez bien aimable d'analyser vous-même votre travail pour le *Concours*. Il serait inséré et répondrait ainsi à l'article que vous signalez.

Nous recevons une lettre intéressante, sur l'exercice de la pharmacie de St-M., 30 octobre. La signature est illisible et l'adresse insuffisante pour qu'il nous soit possible de répondre à la question posée.

— Dr X., à St-Ch.

Oui. Vous êtes en règle, puisque vous vous conformez à la formule du no 40, malgré que vous ajoutiez au bas: *Prière de rapporter ce compte en venant payer.*

— Dr N., à G. (Hérault). — Dr G., à C. sur M. (Marne). — Dr L., à B. (Gironde). — Dr B., à C. en O. (Eure). — Dr C., à B. (Aisne). — Dr M., à A. (Gers). — Dr C., à A. (Vaucluse). — Dr L., à B. (Cher). — Dr M., à U. (Gard). — Dr M., à B. sur O. (Nièvre). — Dr M., à B. (Cher). Vous êtes inscrits membres du *Concours*.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 47 20 novembre 188

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Léon Colin donne, à l'Académie, la relation d'un cas de rage, remarquable par la terrible durée de l'incubation. Le sujet, mordu en Afrique en 1874, en portant secours à l'un de ses camarades, qui succombe à l'hydrophobie dans les délais normaux, ne tombe malade lui-même que le 29 août 1879, c'est-à-dire cinq ans après et meurt, en quarante-huit heures, de rage confirmée.

M. Colin conclut que l'on ne doit guère admettre les cas d'hydrophobie spontanée, nerveuse ; il croit que l'on n'a point recherché les commémoratifs à des dates assez éloignées et qu'il n'est pas plus facile d'expliquer une incubation de six mois, qu'une incubation de cinq ans. Il trouve qu'il n'y a pas, par conséquent, de graves inconvénients à la publication de faits d'incubation si longue, puisqu'il n'admet pas que les préoccupations de la personne mordue, mais non inoculée, puissent jamais amener des phénomènes graves. Il estime qu'il est consolant d'admettre que nombre de conditions, banalement incriminées (sécheresse, chaleur exceptionnelle, etc.), n'ont pas la puissance d'enfanter le fléau.

La rage est loin d'être inconnue dans les tribus nomades où les chiens pullulent en toute liberté ; les mesures administratives ne font qu'en restreindre la fréquence. A Smyrne, en 1854, six membres d'une nombreuse famille sont mordus par le même chien. Ils succombent à des intervalles de quarante jours à dix-huit mois. En 1855, nous donnons des soins à une petite fille de quatre ans, qui meurt en vingt-quatre heures, et pourtant à Smyrne, comme en Afrique, les chiens abondent et ne sont jamais enfermés.

M. Colin montre ensuite les exacerbations des cas de rage humaine, correspondant aux exacerbations de la rage canine. Il se demande, à l'occasion de la communication de M. Pasteur, quelle est l'action atmosphérique qui agirait sur *l'activité* ou l'*inertie* des germes spécifiques, d'où découleraient des mouvements imprévus d'expansion ou de retrait des *maladies transmissibles.*

L'influence de l'*oxygène* sur l'affaiblissement ou l'extinction de la virulence, vient confirmer en un sens les données de l'observation sur la marche des épidémies.

Les indications fournies par l'atténuation du *virus du choléra des poules*, vont sans doute faire surgir de nombreuses expérimentations pour les divers virus.

Le 6 novembre, M. Brouardel, médecin légiste, adressait à ses collègues la lettre suivante :

Monsieur et cher collègue,

Dans la séance solennelle de rentrée de la cour de Paris, le 3 novembre 1880, M. le procureur général a prononcé la phrase suivante :

(*Le Droit*, jeudi 4 novembre).

« Les expertises se font sans lui (l'accusé), par « des hommes pour qui leurs opinions scien- « tifiques personnelles, des négligences inévita- « bles dans des opérations sans contrôle, et la « trop longue fréquentation des chambres d'ins- « truction sont autant de causes d'erreur. »

Après avoir pris l'avis de mes maîtres, de MM. Vulpian, Lasègue, j'ai l'honneur de vous convoquer, en leur nom et au mien, chez moi, rue Bonaparte, 6, mardi 9 novembre, à huit heures et demie du soir, pour délibérer sur la réponse à faire à la phrase précédente.

Veuillez recevoir, etc.

P. Brouardel.

A la suite de cette réunion, à laquelle ont pris

part tous les médecins légistes, au nombre de dix-neuf, les docteurs Beaudoin, Bergeron, Brouardel, d'Heurle, Gallard, Gratiot, Ladreit de Lacharrière, Laugier, Le Paulmier, Piogey, Simonet, Blanche, Bouchereau, Lasègue, Legrand du Saulle, Lunier, Motet et Voisin, ont déclaré qu'ils considéraient le passage précité comme attentatoire à la dignité professionnelle, et ont renvoyé les dossiers des affaires criminelles dont l'expertise médicale leur était confiée.

Dans cette réunion, les docteurs Beaudoin, Bergeron, Brouardel, d'Heurle, Gallard, Gratiot, Ladreit de Lacharrière, Laugier, Le Paulmier, Piogey, Simonet, Blanche, Bouchereau, Lasègue, Legrand du Saulle, Lunier, Motet et Voisin avaient déclaré qu'ils considéraient la phrase du procureur général comme attentatoire à la dignité professionnelle. Il avait été décidé qu'en attendant une réparation, dont la forme devait être réglée par M. le procureur général, les médecins légistes, tout en continuant les expertises commencées, se refuseraient à en entreprendre de nouvelles. Cette décision avait été notifiée au garde des sceaux.

M. Dauphin, regrettant vivement l'interprétation donnée à ses paroles, et désireux de dissiper tout malentendu et de voir les médecins et les chimistes experts reprendre leurs fonctions, vient d'adresser aux journaux judiciaires la communication suivante :

« Le procureur général près la Cour de Paris a appris que MM. les médecins et chimistes, chargés, à Paris, des expertises dans les affaires criminelles et correctionnelles, ont considéré une phrase du discours prononcé par lui à l'audience de rentrée de la Cour comme impliquant une critique de la manière dont ils accomplissent leur mission. Il tient à repousser cette interprétation tout à fait contraire à sa pensée et à l'opinion qu'il professe sur le savoir, l'impartialité et le dévouement consciencieux de MM. les experts. Il a voulu seulement, dans une étude théorique, reprocher à la législation criminelle de ne pas placer à côté des expertises un contrôle qui les garantisse contre toutes causes d'erreur. »

L'incident a été heureusement terminé de la sorte et les médecins légistes ont repris leurs fonctions.

REVUE GÉNÉRALE

DES ABCÈS DE LA PROSTATE

II.

Le point le plus intéressant de l'histoire des abcès prostatiques et du phlegmon périprostatique est certainement le diagnostic différentiel.

Le toucher rectal, dit M. Segond, constitue la base du diagnostic des phlegmasies prostatiques. C'est un criterium aussi absolu que le toucher vaginal dans le diagnostic des affections génitales de la femme.

Ce chapitre, si important pour le clinicien, est traité avec un soin tout particulier par le Dr Paul Segond ; aussi est-ce encore à son excellent travail que nous empruntons les éléments de ce second article.

Le toucherrectal, voilà donc le principal moyen de diagnostic. Mais pour l'exercer avec fruit, il faut le combiner avec la palpation hypogastrique.

Le malade doit être couché sur le dos, et le toucher rectal est calqué, pour ainsi dire, sur le toucher vaginal.

La main, qui est appliquée au-dessus du pubis, déprime doucement la paroi abdominale en s'enfonçant aussi profondément que possible dans l'excavation pelvienne, de façon à empêcher la prostate de fuir sous l'exploration de l'indicateur introduit dans le rectum.

De cette façon, la prostate est saisie entre les deux mains et il est facile d'apprécier nettement les altérations de forme, de volume, de consistance, qu'elle peut présenter.

On ne saurait trop insister sur la combinaison de la palpation abdominale et du toucher rectal, surtout si on se souvient de ce fait, mis en lumière par M. Paul Reclus, que les grosses prostates peuvent prendre point d'appui sur le plancher pelvien, se déplaçant de bas en haut sans faire de saillie appréciable du côté du rectum.

Enfin, il est bien évident que pour apprécier l'état d'une prostate malade, il faudra avoir bien présent à l'esprit l'état normal de l'organe.

Il faudra recourir au toucher rectal et soupçonner une affection prostatique chez tous ces sujets qui se plaignent de pesanteur anale ou péri-anale, sous peine de méconnaitre les débuts d'une phlegmasie qu'un traitement approprié pourrait enrayer dans sa marche.

Une première difficulté se présente alors. Est-on en présence d'une prostatite, ou bien d'une simple congestion de la glande ? La marche ultérieure des symptômes permettra seule de décider la question.

Quand la maladie est constituée, elle s'accuse par la violence des douleurs périnéales, la rétention d'urine, les troubles de la miction, enfin et surtout, par la tuméfaction douloureuse de la glande.

C'est pourquoi dans ces conditions l'exploration anale provoque des douleurs violentes.

M. Guyon recommande d'enduire préalablement l'orifice anal d'un corps gras avant d'y présenter le doigt soigneusement graissé. De cette façon, on évite en grande partie les douleurs, et l'exploration est relativement facile.

Quand le pus est formé, le toucher fournira encore des renseignements précis.

Lorsque par suite des progrès de la suppuration, la glande est détruite, la caverne prostatique se laisse facilement reconnaître par les sensations qu'elle donne au doigt explorateur.

Quand la poche est pleine de pus, la fluctuation est manifeste. Parfois encore la prostate est flasque, aplatie, et les pressions exercées sur sa face rectale font refluer par l'urèthre le pus contenu dans le foyer.

Quand la poche prostatique s'est ouverte, dans l'urèthre, on observe parfois une variété d'incontinence d'urine utile à distinguer. L'urine remplit la poche qui s'est vidée de pus, et elle s'écoule au dehors goutte à goutte. Il faut être bien prévenu de la possibilité d'un pareil fait, car le bec d'une sonde peut s'introduire dans la cavité prostatique, et le chirurgien peut croire alors être arrivé dans une vessie rétractée et profondément altérée.

Cependant quand on est prévenu de la possibilité du fait, on remarquera que la cavité est trop petite pour être la vessie et trop grande pour être l'urèthre dilaté.

Plusieurs affections peuvent être confondues avec la prostatite.

Nous empruntons à M. Fournier le tableau suivant qui permet de distinguer la prostatite de la *cystite* du col.

Dans la cystite du col	*Dans la prostatite*
I. Ténesme vésical caractéristique, envies fréquentes et impérieuses d'uriner.	I. Ténesme vésical bien moindre. Ténesme rectal plus accusé. La fréquence des mictions n'est pas augmentée.
II. Miction spécialement douloureuse au moment où les dernières gouttes d'urine sont évacuées; à ce moment épreintes convulsives caractéristiques.	II. Rien de semblable.
III. Dans les derniers temps de la miction, excrétion d'un liquide dyssentériforme mélangé de pus et de sang; souvent aussi excrétion de sang pur.	III. Rien de semblable. Urine normale.
IV. Simple sensibilité périnéale, douleur d'irradiation vers l'anus, bien moins violente que dans la prostatite.	IV. Douleurs périnéales profondes, très-vives, accrues par les mouvements, par la défécation, etc. etc.
V. Prostate normale.	V. Au toucher rectal, tumeur prostatique très douloureuse, dure, etc. etc.
VI. Pas de rétention d'urine.	VI. Dysurie, rétention d'urine.
VII. Peu ou point de symptômes généraux.	VII. Symptômes généraux assez accentués, fièvre, inappétence, etc., etc.

La *cowpérite* est parfois assez difficile à distinguer de la prostatite, et la chose s'explique par la petite distance qui sépare les deux glandes, surtout quand on observe le malade à une période avancée de la maladie et que toute la région a une apparence phlegmoneuse.

Cependant en pratiquant avec soin le toucher rectal, on reconnaîtra assez facilement que la prostate n'est pas atteinte. L'exploration du canal avec une bougie à boule, montrera aussi l'absence de douleurs au niveau de la prostate.

La marche de la cowpérite présente d'ailleurs des caractères tout spéciaux. En effet, elle se présente sous l'apparence d'une tumeur phlegmoneuse adhérente au bulbe, limitée au point occupé par les glandes de Cowper et n'ayant d'abord aucune origine avec le canal de l'urèthre.

Le pus dans la cowpérite pointe très-rapidement vers le périnée, et les symptômes vésicaux sont bien moins accusés, à tel point que certains auteurs ont nié la possibilité d'une rétention complète dans la cowpérite.

Le diagnostic des *dégénérescences tuberculeuses* de la prostate et de la prostatite, présente parfois de grandes difficultés. Quelquefois, en effet, les symptômes fonctionnels sont identiques et l'exploration directe ne fournit aucun signe différentiel suffisant.

Mais deux cas se présentent : ou bien on a affaire à un cas de tuberculose primitive de la prostate, ou la lésion de la prostate est consécutive à des lésions pulmonaires ou génito-urinaires déjà anciennes.

Dans le second cas, le doute n'est guère possible. La difficulté est bien plus grande lorsqu'il s'agit d'une tuberculose primitive de la glande.

Dans le second cas, ce n'est que par une étude attentive des symptômes de la tuberculose prostatique qu'il sera possible d'établir un diagnostic.

Sur ce point, M. le Dr Segond rappelle avec justice le très-bon travail du Dr Tapret, inspiré par les leçons de M. le professeur Guyon (*Arch. de Méd.*, 1878).

Nous en conseillons la lecture à ceux de nos confrères qui voudront entrer dans ces détails très nécessaires pour la pratique de la chirurgie des voies urinaires, et nous nous contenterons, à l'exemple de M. Second, de rappeler ici les points principaux du travail du Dr Tapret. C'est le seul moyen de nous mettre à même de distinguer la prostatite proprement dite de la tuberculose prostatique.

La tuberculose primitive de prostate affecte deux formes distinctes :

1° Une forme uréthrale, ou uréthro-cystique;
2° Une forme rectale ou circonférencielle.

Dans la première, les granulations se montrent d'abord dans les portions qui avoisinent l'urèthre et le col de la vessie.

On observe alors les symptômes suivants : hématurie précoce, douleurs pendant la miction et le cathétérisme ; blennorrhée ou prostatorrhée, rétention spasmodique d'urine.

En résumé, dans ce cas, on observe les symptômes de la cystite ou de l'uréthrite tuberculeuse.

Dans la forme rectale, la maladie est très-lente à se manifester et le malade ne vient consulter le médecin que pour des affections concomitantes : cystite, métrite, induratien de l'épididyme.

Chez d'autres malades, le premier symptôme observé est une constipation de cause mécanique ou du ténesme rectal.

Au toucher, on trouve la prostate indurée ou hypertrophiée, *anormale parfois dans une de ses moitiés* et, altérée dans l'autre. Ça et là, on trouve des points durs, des bosselures, des foyers limités de ramollissement.

Quelquefois encore le doigt éprouve la sensation d'un semis de granulations analogue à celle de grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique ou rénitent.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

CLINIQUE MEDICALE

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR HARDY

A la salle des hommes se trouve un malade de cinquante-neuf ans, ancien militaire d'Afrique, qui a eu jadis des fièvres intermittentes, une hypertrophie de la rate et des douleurs rhumatismales.

Il jouissait, depuis lors, d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois ou quatre ans, il vit survenir des palpitations violentes et de l'oppression.

Ces phénomènes se sont accentués au mois de février dernier. Au moindre effort, ou s'il est obligé de remonter une rue présentant une pente, fût-elle assez légère, le malade sent son cœur battre violemment et il est obligé de s'arrêter.

Il entre à l'hôpital, il y a trois semaines, et voici les phénomènes qu'il présente.

Œdème bien marqué aux jambes et aux cuisses. Ventre ballonné, à la fois par l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, et par la présence d'une certaine quantité de gaz. Jugulaires distendues, de la grosseur du doigt. Pas de pouls veineux. D'une manière générale, les veines sous-cutanées sont grossies.

En présence de ces symptômes, on a tout de suite pensé à une lésion du système circulatoire; c'est de ce côté qu'on dirige les recherches. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier. Pas de voussure précordiale, pas de frémissement vibratoire. Les battements de la pointe du cœur sont perçus en dedans de la ligne mamelonnaire, vers le creux épigastrique. A la percussion, matité en travers, sur un espace de 6 à 7 centim., tandis que, verticalement, la matité ne se perçoit que dans un espace de 4 à 5 centim. Contrairement à l'état normal, la matité est donc plus étendue dans le sens horizontal que dans le sens vertical.

A l'auscultation, on perçoit des bruits considérablement affaiblis. Très-léger souffle à la pointe, vers la base du triangle xyphoïdien, saillie assez considérable à la région épigastrique. Pas d'ascite. A la région hépatique, matité plus étendue qu'à l'état normal. Rien d'anormal du côté de la poitrine. Dilatation de l'estomac, surtout quand le malade a mangé; ce qui doit tenir à une dyspepsie flatulente liée à des excès alcooliques anciens.

Il y a, probablement, une dilatation du cœur droit; dans ce cas, en effet, la matité précordiale est plus étendue en travers. Dans la dilatation du ventricule gauche, la pointe bat en dehors du mamelon; chez cet homme, au contraire, il bat en dedans de la ligne mamelonnaire. La tension veineuse, exagérée, plaide enfin dans le même sens.

On peut même supposer que l'on est en présence d'une insuffisance tricuspide, par suite de la dilatation du cœur droit. Il a été dit, en effet, qu'il existait un bruit de souffle léger à la pointe, et ce bruit s'entend mieux du côté du sternum que dans la direction de l'aisselle. Mais ces phénomènes: dilatation du cœur droit, insuffisance tricuspide, ne sont pas primitifs; ils surviennent le plus souvent après un emphysème, une bronchite chronique, etc. Ici, cette homme n'offre rien de particulier du côté de la poitrine; les quelques accidents de bronchite légère qu'il a eus, n'ont pu déterminer ces lésions.

Ces causes écartées, nous pouvons trouver une cause indirecte dans une affection du cœur gauche et en particulier dans une lésion mitrale.

Nous avons, en outre, tous les caractères de

pouls des affections mitrales : petitesse, fréquence, irrégularité. Il est vrai qu'il n'y a pas de souffle; mais il ne faut pas oublier que de toutes les maladies valvulaires, celles qui portent sur la mitrale, sont celles qui manquent le plus souvent de bruits morbides. Pour que le souffle se produise, par exemple, dans le rétrécissement mitral, il faut que l'oreillette soit hypertrophiée et chasse le sang avec force; mais si cet organe est flasque, le sang passe presque en bavant, et ne produit pas de bruit. Pour ces raisons, on comprend que le souffle soit plus fréquent dans l'insuffisance; le ventricule a une force de contraction que ne possède pas l'oreillette. Que les parois du ventricule soient amincies ou altérées, le souffle pourra très-bien encore ne pas se produire.

Il est fort à supposer qu'il y a quelque chose de ce genre chez notre malade. Le myocarde est sans doute dégénéré; c'est ce qui expliquerait l'absence du souffle.

A quelle cause faut-il rattacher cette dégénérescence? Dépend-t-elle d'une endocardite rhumatismale, ou bien faut-il la faire dépendre d'excès alcooliques anciens? Le malade a eu des douleurs articulaires. Par ailleurs, il a une dyspepsie flatulente qu'il convient de placer sous la dépendance de l'alcoolisme. La question ne peut encore être définitivement résolue.

Outre les lésions précitées, on remarque un gonflement du foie avec douleur à la pression. Il ne faut pas oublier que, dans les affections du cœur, on trouve souvent la cirrhose hypertrophique.

L'urine a d'abord présenté beaucoup d'albumine; ce phénomène doit se rattacher à la congestion rénale (rein cardiaque).

L'albuminurie a disparu avec la diminution de la tension veineuse. L'œdème également a diminué.

Pronostic. — Cet homme, sous l'influence du repos et du traitement qu'on lui fait suivre, va guérir momentanément. Mais, les symptômes qu'il a présentés, reparaîtront dans un temps plus ou moins long. Dans les classes aisées, qui fournissent des malades qui peuvent se reposer et comprennent que les excès leur sont nuisibles, on voit ce genre de maladies évoluer avec beaucoup de lenteur. Dans les classes pauvres, l'issue fatale ne saurait être bien éloignée. A la suite d'une fatigue ou d'un excès, les mêmes symptômes reparaissent, et après deux ou trois accès, le malade succombe (six mois ou un an en général).

Traitenent. — Il y a plusieurs indications à remplir. Contre l'hydropisie, on emploie le régime lacté; on donne de la force et de la régularité au cœur au moyen de la digitale, qui agit encore comme diurétique. On prescrit les toniques en général. Enfin, pour exciter la contractilité musculaire on peut utiliser l'ergot de seigle à la dose de 0 gr. 50 cent. Dr E. SALLES.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur et honoré confrère.

Puisque vous voulez bien m'entretenir de nouveau de vos projets de syndicat, permettez-moi, de vous dire pourquoi je ne suis pas converti.

Voici trente-six ans que je suis sur la brèche. J'ai été en relation, dans plusieurs localités, avec de nombreux confrères, j'ai eu trop souvent occasion de constater le peu d'union cordiale. Que n'ai-je pas entendu, sous ce rapport, depuis les déclamations de Lisfranc et les sarcasmes de Velpeau. J'ai vu les plus comblés de la fortune, les plus honorés de la confiance publique, se rendre coupables des actes de jalousie les plus vils, *Munaret* a eu bien raison de dire que Dieu distribue les biens de ce monde, de manière à prouver le peu de cas qu'il en fait. Mais il n'a fait que soulever un très-petit coin de l'appareil qui recouvre l'affreux ulcère du corps médical.

Je ne suis pas convaincu que les membres les plus en vue, ceux qui obtiendraient sans doute les premiers grades dans l'institution que vous proposez, ne se serviraient de leur autorité que dans l'intérêt général.

Si je ne me trompe, le remède à nos maux est ailleurs. Il est dans la pratique de la dignité personnelle, dans l'éloignement de toute intrigue basse et trop souvent déloyale, dans le respect de nous-mêmes, qui impose l'estime.

Nous n'avons, parmi nous, aucun *oracle de Cos*. Mais on trouverait encore moins parmi les puissants de nos jours, un bon Artaxerxès qui nous offrirait des provinces. Nos gouvernements, quelle qu'en soit la forme, ne donnent qu'à la condition de recevoir davantage, et il m'est impossible de penser, qu'ils ne porteront jamais un œil d'envie sur une aussi belle proie que celle du corps médical, s'ils le voyaient tout prêt à se plier sous le joug. Quelle bonne fortune que de pouvoir confisquer, à leur profit, la reconnaissance qui nous est due, notre charité, notre dévouement de tous les jours et de toutes les nuits; de recueillir le fruit de nos labeurs; de tarifer nos services, et sous un fallacieux prétexte d'intérêt général, s'emparer de notre liberté, ce bien inappréciable qui donne à la spontanéité de nos actes, le mérite qui réconforte nos âmes.

Croyez-en ma vieille expérience, les faveurs qu'ils distribuent sont trop souvent attribuées, non aux plus méritants, mais à ceux qui apprennent le mieux à courber les reins et à abaisser le front dans les salons et dans les antichambres.

Puis, ne craignez-vous pas que quand ils auront fait de nous des fonctionnaires publics, ils nous envoient loin du pays où nos pères ont été honorés, et où nous le sommes nons-mêmes, gueuser à leur profit quelques voix dans les scrutins? Et, Dieu veuille qu'à l'heure de quelque nouvelle discorde civile, ils ne cherchent pas à nous transformer, comme on l'a vu, en mouchards, en nous demandant le nom des victimes que nous aurons secourues.

Notre noble profession, ainsi asservie, privée des consolations que donne la spontanéité de nos services, privée de l'émulation qui encourage au bien, et de l'estime publique qu'elle conquiert aujourd'hui, deviendrait un métier au-dessus des forces humaines.

Je sais parfaitement qu'un tel résultat est très-éloigné de votre pensée, et que vous avez nettement exprimé le désir que les syndicats restent une œuvre purement professionnelle. Mais je crains, je vous l'avoue, d'après mon expérience, qu'ils ne se prêtent trop facilement à notre asservissement.

Croyez toutefois, que j'apprécie les efforts que vous faites pour nous faire goûter les bienfaits d'une association libre, de la fondation d'assurances entre tous les membres de notre grande famille, dont l'honorabilité est le meilleur protecteur.

D'après les entretiens que j'ai eus avec plusieurs confrères, je ne suis pas seul de mon avis, et on m'a même engagé à vous en écrire.

Agréez l'assurance de tout mon dévouement.

23 octobre. Dr J. D.-N.

Après quarante ans d'exercice, il est permis de voir les choses en noir. Mais nous croyons que si l'antique jalousie qu'on nous attribue, est passée en proverbe, cela tient uniquement à ce que nous sommes un peu plus en vue que bien des gens. Quelle que soit sa sphère, on ne se prive pas de cultiver ee sentiment; il est si naturel!

Que de fois il se traduit alors, avec un peu plus de bassesse que chez nous, dans ces âmes qui n'ont pas d'autre sujet de préoccupations! A quoi bon d'ailleurs proclamer trop souvent que nous sommes plus que d'autres exposés à ce vice de la jalousie? l est plus convenable, à notre sens, de rechercher les mesures qui pourront ne point mettre les amours-propres en présence trop directe et les ménager.

C'est là le plus utile rôle des syndicats. Notre confrère, s'il voulait rappeler tous ses souvenirs, reconnaîtrait peut-être qu'il ne s'est pas heurté toujours à des voisins indignes de son estime. Que ceux qui s'estiment se réunissent et poursuivent, en commun, quelque petit que soit leur groupe, quels que soient les dissidents, les réformes locales qui sont en leur pouvoir.

Cela suffit. Nous ne rêvons pas, pour le présent, d'autres syndicats, et ce ne sera que lorsque ces habitudes se généraliseront que l'on pourra songer aux syndicats de plus large rayon. A moins cependant qu'on ne fasse déjà partie d'associations locales constituées. Elles ont inconsciemment préparé le terrain; on s'est réuni, déjà on se connaît et on s'entendra sur les points généraux, pour peu qu'il se produise quelques persévérantes initiatives.

Nous terminons en adressant, sans esprit de critique, à notre honorable adhérent la question: Faites-vous partie de l'association générale? Sinon, seriez-vous assez bon pour nous dire les raisons de votre abstention, depuis les vingt années de sa fondation.

L'argumentation de la lettre tombe d'elle-même par la lecture de tout ce qui a été écrit sur les syndicats, dans le *Concours*.

Il n'est venu à l'idée de personne que leur usage pût, sous aucun prétexte, nous amener à être des fonctionnaires. Ils serviront plutôt à nous défendre contre les usurpations de l'État vis-à-vis de notre profession.

Souillac, le 26 octobre 1880.

Monsieur et honoré Directeur,

Je me permets de vous écrire ces quelques lignes au sujet de l'article du Dr F., paru dans le dernier numéro de votre journal. Dans le tableau statistique sur la médecine gratuite en 1876, je vois que, pour le département du Lot, les dépenses se sont élevées à la somme de 17,272 fr., mais pour le paiement des médicaments seulement.

« *Annuaire du département du Lot, p. 130.* — Service médical gratuit. — Médecins. — Ce service est confié au dévouement, à la philanthropie du corps médical entier. MM. les médecins ne reçoivent aucune rétribution, ni aucune indemnité pour les soins qu'ils donnent ainsi aux pauvres munis de la carte d'indigence. »

Voilà ce qu'on appelle au Ministère de l'intérieur, organisation de la médecine gratuite.

Ainsi, médecin des indigents, service gratuit; médecin vaccinateur, traitement dérisoire; médecin inspecteur des enfants en nourrice, service gratuit; médecin des épidémies, service gratuit; médecin requis par la justice, service très-onéreux pour le médecin.

Mon Dieu, quel cumul! Il est vrai qu'on ne crie pas contre celui-là.

Depuis le 1er janvier 1880, notre conseil général ne paie plus le service médical (c'est-à-dire les médicaments), il a laissé aux communes la liberté de l'organiser à leur guise; il en est résulté

que la plupart des conseils municipaux ont rayé de la liste des indigents pas mal de noms, que le médecin continue à être dupé et le malade aussi. Que de malheureux indigents sont obligés de faire quinze, et même dix-huit kilomètres, pour aller chercher un médecin qui, bien souvent, malgré sa bonne volonté, sera dans l'impossibilité de visiter le malade pour des raisons que je n'ai pas besoin d'énumérer.

P. S. J'oubliais de vous dire que sur les trente membres de notre conseil général, six sont docteurs en médecine.

Veuillez agréer, honoré confrère, l'expression de ma parfaite considération. MAGNE,

Membre du Concours Médical.

— Nous enregistrons avec plaisir la distinction dont M. le Dr Dardignac, notre collaborateur, vient d'être l'objet. La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse vient de décerner une mention honorable à notre distingué confrère.

REVUE ÉTRANGÈRE

La *résorcine* ou *résorcin* est un de ces composés nouveaux, produits par les artifices du laboratoire et dérivant du benzol. Il y a déjà 18 ans que cette substance a été découverte par deux chimistes de Vienne, qui lui ont donné le nom de *Résorcine*, parce qu'elle a été obtenue d'abord en traitant une *résine* par un alcali en fusion, et qu'elle ressemble à *l'orcine*, dérivé de l'orseille. Maintenant on la prépare synthétiquement et les journaux s'occupent beaucoup de ce nouveau composé qu'on a introduit dans la thérapeutique médicale. La résorcine s'obtient en cristaux présentant la singulière propriété d'être phosphorescents, quand on les frotte ou qu'on les percute dans l'obscurité. Elle se dissout dans tous les liquides, sauf le chloroforme. Dans l'eau sa solubilité est 86 pour 100. Son odeur rappelle celle du phénol : elle donne au goût une sensation d'amertume douceâtre. Elle jouit de propriétés antiseptiques très-marquées et n'a aucune action irritante sur la peau ou les tissus animaux. Pulvérisée, elle n'est pas désagréable comme l'acide phénique. Sous forme de poudre ou de cristaux elle aurait une action curative *positive* contre les affections diphthéritiques. « *Les cas les plus graves ont été guéris en une semaine, au plus, complétement et sans conséquences nuisibles.* » (Affirmation du Dr Julius Andeer, de Würzburg). La dose initiale, à l'intérieur, est de 1 à 2 grammes pour 100 gr. d'eau; la dose maximum 5 grammes. Voici une formule.

Résorcine pure.......	0,50	centigr.
Eau distillée..........	100	gr.
Sirop d'écorces d'oranges..	30	gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

On l'administre aussi en poudre, dans des capsules de gélatine ou des cachets. (*New Remedies*, New-York, octobre 1880).

Nous sommes tellement désarmés contre le croup et les affections diphthéritiques qu'il nous a paru utile de signaler ce nouveau spécifique. Puisse-t-il être plus efficace que le cubèbe, le sulfure de calcium et autres !..

Dans les comptes-rendus de la société obstétricale de New-York, nous ne relevons rien de bien nouveau. Un médecin, ayant à soigner un enfant atteint d'accidents cérébraux rebelles à tout traitement, a eu l'idée bizarre de lui pratiquer la circoncision. Chose non moins bizarre, les accidents disparurent après l'opération..... mais pour revenir trois semaines plus tard.

Le Dr Mackensie recommande de traiter le prurit de la vulve par des pulvérisations d'iodoforme en solution dans l'éther. Un autre médecin dit avoir également eu à se louer de l'iodoforme en liniment.

Lors de l'émission du forceps Tarnier, les accoucheurs anglais se montrèrent très-sobres d'éloges à son égard. Les accoucheurs américains qui l'ont expérimenté n'hésitent pas à le déclarer plus dangereux que le forceps ordinaire. Le professeur Braun a donné l'analyse de douze cas dans lesquels cet instrument avait été employé, et il repousse formellement la prétention de M. Tarnier qui considère *son* forceps comme tout à fait innoffensif pour le périnée. A notre époque, où la manie du « bibelot » est devenue générale, il y aurait une jolie collection de forceps à rassembler. Dans l'arsenal de la chirurgie, on peut dire que ce qui manque le moins, ce sont les forceps.

Le charlatanisme en Amérique. — On croit généralement que l'Amérique est la terre promise du charlatanisme et que, dans ce pays, souvent cité comme le modèle des pays libres, on y exploite la médecine et le public de toutes les manières. Lorsque nous autres, médecins français, nous nous hasardons à nous plaindre de la concurrence indigne et illégale de toutes les variétés

d'empiriques qui fourmillent autour de nous, on nous répond volontiers : « Eh bien! et les Américains!... comment font-ils!... » Comment ils font? Ils poursuivent à outrance les charlatans. Ils ont des lois protectrices qui sauvegardent les intérêts matériels et la dignité de la profession médicale. Dans un « editorial article » le *Canada medical and surgical journal* (octobre 1880), informe ses lecteurs qu'un délégué officiel vient d'être nommé pour poursuivre le charlatanisme et qu'il va entrer de suite en fonctions. « Il n'aura pas besoin de chercher bien loin pour trouver des charlatans et des irréguliers, et nous espérons qu'il ne s'attardera pas à tracasser le menu fretin, mais qu'il s'attaquera, d'emblée et hardiment, à ces personnalités connues qui font étalage d'effronterie et d'impudence. » En Amérique, comme en Angleterre, nul ne peut exercer la médecine ou la chirurgie s'il n'est inscrit sur un registre spécial, le « medical register. » Cette inscription n'est obtenue que sur la présentation de certains titres. Or, il existe à Philadelphie une fabrique de faux diplômes qui vend des titres contre une somme d'argent. Beaucoup de nos confrères doivent se rappeler l'annonce d'un certain Médicus, de Jersey, qui, dans tous les journaux, offrait le titre de bachelier, docteur, etc., à toute personne désireuse de se le procurer. Ce courtier en diplômes, un certain Van Yver, offrit jadis au domestique de M. le Dr Dechambre le titre de docteur de l'université de Philadelphie moyennant une somme de 600 francs, qui fut d'ailleurs réduite facilement, après quelques pourparlers. Cet incroyable trafic s'est continué, et c'est ainsi qu'un grand nombre d'individus dépourvus de toute éducation médicale, ont pu se faire inscrire sur le *Medical register*. On conçoit quel intérêt les véritables médecins ont à poursuivre ces fraudes qui déprécient la profession. Aussi ouvrent-ils une « vigoureuse campagne » contre ces « insidious and disgraceful parasites. »

Dr MARSH.

HYGIÈNE DE LA VUE DES NOUVEAU-NÉS

Par le Dr BRIÈRE (du Havre)

Tous les oculistes et bien des médecins ont, de temps en temps, le triste spectacle de jeunes enfants, âgés de deux à quatre semaines, qui leur sont présentés, dans le cours d'ophthalmies purulentes, ayant les yeux plus ou moins gravement compromis ou même totalement perdus.

Le rôle du médecin se borne alors à constater, sur son recueil d'observations, les tristes conséquences de la maladie et à dire aux parents qu'ils sont venus trop tard.

La douleur de ceux-ci est aussi grande que le mal est irréparable.

Le malheur survenu est le résultat de leur ignorance, des préjugés populaires, de leur crédulité en l'efficacité de remèdes de bonne femme, etc.

Ou bien encore, l'enfant est porté chez le pharmacien du quartier. Celui-ci, toujours prudent dans ces circonstances, délivre un collyre au laudanum ou des fleurs de sureau, etc., remèdes anodins, mais très dangereux, parce que, pendant leur emploi inutile, le temps se passe ; le mal s'aggrave et quand le médecin verra les yeux, il n'aura plus le temps d'enrayer la marche de l'ophthalmie. L'enfant devient borgne ou aveugle. Soyez bien convaincu que, dans l'opinion des parents et des voisins, ce n'est pas le pharmacien avec son innocente eau de sureau, mais bien le médecin avec ses remèdes plus savants qui porte la responsabilité d'avoir aveuglé ce malade.

Aussi, à chacun son métier. Je m'adresse ici à la bonne foi et à la loyauté de tous les pharmaciens. Ces faits ne sont-ils pas vrais et assez fréquents ?

Les yeux étant des organes délicats et de première utilité, il devrait être sévèrement interdit de délivrer des eaux pour les yeux, des collyres, sans ordonnance spéciale, datée du jour, et signée d'un docteur ou d'un officier de santé.

Les pharmaciens objectent à cela que s'ils ne vendent pas ces produits, on les achètera chez les droguistes et chez les épiciers. Que la défense s'étende aussi à ces commerçants et que les contrevenants soient condamnés à payer des dommages et intérêts à leurs victimes.

Depuis longtemps je me suis préoccupé d'un moyen capable de prévenir ces malheurs qui mettent le deuil au lieu du bonheur dans les familles et qui ôtent à la société des sujets utiles.

Dans mon esprit, cette mesure devrait consister à instruire les parents, au moment de la déclaration de naissance à l'état civil, sur les dangers qui peuvent menacer la vue de leur enfant.

M. le docteur Launay, directeur du bureau d'hygiène m'a prié de rédiger une note sous forme de brochure in-18. Voici le texte de cet avis :

BUREAU D'HYGIÈNE DE LA VILLE DU HAVRE

SERVICE DES NAISSANCES

Précautions à prendre pour éviter que les enfants ne perdent les yeux peu de jours après leur naissance.

Chaque année, un certain nombre d'enfants sont présentés aux médecins, quinze ou vingt jours après leur naissance, pour des ophthalmies devenues fort graves, faute des soins convenables.

Plusieurs ont même les yeux totalement perdus, victimes de l'ignorance ou de l'insouciance de leurs parents.

Les statistiques officielles, faites sur les aveugles, montrent que sur cent personnes atteintes de cette terrible infirmité, trente-trois, c'est-à-dire un tiers, la doivent à des ophthalmies survenues après la naissance.

Il est cependant avéré et reconnu que toutes ces maladies, soignées à temps, doivent être suivies de guérison.

Quels sont donc les moyens pour prévenir et pour éviter cet accident affreux, la perte des yeux dès les premiers jours de la vie?

Les précautions à prendre sont les suivantes :

1° Tenir les yeux bien propres. Dès que l'enfant est arrivé, essuyer (avant toute autre occupation) la région voisine des yeux et les paupières, avec un linge sec en toile; puis laver la figure et la tête, avant le reste du corps.

2° Éviter le froid; si l'on sort l'enfant dans les jours qui suivent sa naissance, le vêtir chaudement et ne pas lui laisser la tête découverte. Car le froid est souvent cause de ces maladies.

3° Quand, deux ou trois jours après la naissance, les paupières enflent et laissent échapper, d'abord des larmes, puis une matière jaune verdâtre, éviter d'employer des moyens anodins tels que lavages avec eau de sureau, lait de la mère, etc., moyens qui sont inactifs, inutiles ou nuisibles même.

Il faut se garder d'une fausse sécurité et ne pas *croire que ce n'est rien* comme bien des mères me l'ont avoué, quand la vue de leur enfant était perdue.

On laisse ainsi passer, avec ces traitements insuffisants, un temps précieux et chaque jour le mal s'aggrave.

4° Si la sécrétion du pus et si le gonflement des paupières durent plus de vingt-quatre heures, appeler de suite son médecin qui connaît la gravité de ces maladies et pourra les arrêter par un traitement approprié.

5° Le point capital, c'est, avant tout traitement méthodique et scientifique, de laver souvent les yeux en écartant les paupières pour en nettoyer l'intérieur. Ne pas se servir de seringue ni d'éponge. Employer un linge de toile et beaucoup d'eau.

Quand le pus séjourne sur les yeux il peut, en vingt-quatre ou quarante-huit heures les attaquer et les perdre pour toujours! Le reste du traitement sera l'affaire du médecin.

Dr Brière.

Cette note est remise gratuitement à tous les parents an bureau de l'état civil au moment de la déclaration de naissance.

Conclusion. Si, chaque année, un certain nombre d'enfants perdent la vue peu après leur naissance, la cause réelle provient de l'ignorance des parents et non de leur mauvaise volonté. Ceux-ci ont tout intérêt à sauvegarder les yeux de leurs enfants.

Par conséquent, *il incombe aux municipalités* d'instruire les parents sur l'hygiène de l'enfant relative à sa vue. Cette mesure aura lieu à la mairie, au moment de la déclaration de naissance, par la remise d'un avis imprimé.

Et s'il y a lieu d'agir ainsi pour l'hygiène de la vue, il y aurait utilité, personne n'en doutera, à le faire pour l'hygiène générale des enfants, encore si méconnue. C'est, du reste, ce qui se pratique aussi au Havre.

J'ai la conviction qu'on atteindra ainsi une grande partie du résultat désiré. Prière aux confrères qui approuveront cette idée d'user de leur influence pour la faire adopter dans leur pays.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DES CALCULS BILIAIRES

La lithiase biliaire est une des affections qu'on rencontre fréquemment et sur laquelle nous sommes souvent consultés par des malades déjà éprouvés par des coliques hépatiques.

Quel régime faut-il conseiller lorsqu'une première attaque a révélé la présence de calculs biliaires ?

M. le professeur Bouchardat formule ainsi les indications principales basées sur l'hygiène. La nature du traitement indique qu'il doit être continué très-longtemps.

1° *Alimentation.* — Manger modérément : s'abstenir de liqueurs fortes, de vin blanc mous-

seux, de boissons très-gazeuses comme l'eau de seltz.

Préférer l'usage du café et du thé suivant leurs effets. Peu de bière ; vin rouge ou blanc léger, étendu d'une ou deux fois son volume d'eau ordinaire ou d'eau alcaline légère, telle que celle de Vals.

Un œuf et jamais plus dans la journée, ou mieux s'en abstenir, les œufs, comme les graisses et le pain, rentrant dans la classe des aliments qui renferment de la cholestérine ou les principes immédiats qui lui donnent facilement naissance.

Les viandes de toute nature conviennent, mais à la condition d'un usage modéré. Il faut être encore plus réservé pour les poissons, les crustacés, les fromages *avancés*. Par contre le lait et les fromages *frais* sont bien indiqués.

Los légumes de saison conviennent presque tous : épinards, laitue, chicorée, artichauds, carottes, etc... Les asperges, haricots, lentilles, petits pois, seront pris en quantité modérée de même que truffes, champignons, marrons ; s'abstenir de tomates, d'oseille.

Les pommes de terre sont utiles ; elles doivent remplacer une partie du pain aux repas ; ce dernier aliment doit être consommé en petite quantité, on doit préférer la croûte. Les radis, les choux, les choux-fleurs et choux de Bruxelles ne sont point défendus.

L'usage journalier du cresson ou d'une salade de feuilles est très-utile. Tous les fruits peuvent être consommés journellement si ce n'est pourtant les fruits secs (noix, noisettes, amandes, etc..)

Une saison de raisin est bien indiquée.

2° *Excrétion.* — On devra chaque jour faciliter les garde-robes et en régulariser les heures. Un verre d'une eau purgative naturelle, ou une cuillerée à bouche d'un mélange de tartrate de potasse et de soude et de sulfate de soude dans un verre de limonade permettront d'obtenir le résultat désiré.

3° *Exercice.* — Exercer le plus possible les forces, mais sans se surmener et en évitant les refroidissements non suivis de réaction.

4° *Soins de la peau.* —Au lever, lotions rapides avec un éponge imbibée d'eau froide, suivies de vives et longues frictions avec des linges secs ou une brosse, puis de massages avec la main enduite de quelques gouttes d'huile d'olives parfumée.

Chaque semaine, un à trois bains additionnés de 100 grammes de carbonate de potasse, 2 grammes d'essence de lavande et 5 grammes de teinture de benjoin. A la suite des bains, frictions et messages.

5° *Médication.* — Pour provoquer l'expulsion des calculs ou leur dissolution, prendre matin et soir une à trois perles d'essence de térébenthine et en même temps une ou deux perles d'éther. Si l'estomac se montrait intolérant, ces perles seraient prises aux deux principaux repas.

L'éther et l'essence de térébenthine nous paraissent devoir être avantageusement remplacés par le chloroforme dont l'efficacité nous a a semblé plus grande. Deux à quatre perles dans les mêmes conditions.

Pour empêcher la formation ultérieure de calculs, prendre pendant dix jours, matin et soir, avant les repas, une pilule contenant 10 centigrammes de tartrate de potasse et de lithine. *Nous préférons une prise de poudre.* Pendant dix autres jours, matin et soir, une cuillerée à bouche, dans un verre d'eau, d'un mélange formé de 400 grammes de sirop *des cinq racines apéritives* et de 20 grammes d'acétate de potasse. Enfin, pendant dix autres jours, un litre d'eau, chaque jour, contenant dix grammes de tartrate de potasse et de soude.

Au printemps, on peut prendre avec avantage, le matin au réveil, pendant un mois, 120 grammes de suc d'herbes (laitue, chicorée, pissenlit) additionnés de 5 grammes d'acétate de potasse.

Une saison à des eaux bicarbonatées sodiques produit souvent les meilleurs effets.

(*Extrait du Bulletin général de Thérapeutique.*)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Révulsifs divers applicables aux tuberculeux, d'après M. le professeur Peter.

Si le tuberculeux est encore robuste, on applique des ventouses scarifiées ou même des sangsues sur les points du thorax où se perçoivent les signes de la congestion pulmonaire. Si le malade est affaibli, on a recours aux ventouses sèches, aux sinapismes, aux vésicatoires volants. On badigeonne les sommets avec de la teinture d'iode. On doit rejeter absolument l'huile de croton, le thapsia, les emplâtres stibiés et la poix de Bourgogne, qui laissent après eux des marques indélébiles. — Si les lésions sont plus profondes, on établit, au moyen du caustique de Vienne, un cautère ovoïde, qui occupe le second ou le troisième espace intercostal, à un ou deux centimètres du bord libre du sternum. Dans le cas où le malade ne voudrait point l'entretenir, on en établirait un second avant la cicatrisation du premier, afin de ne pas suspendre l'effet révulsif. — Enfin, un mode de révulsion qui est quelquefois recommandé, est la cautérisation ponctuée et très superficielle obtenue avec une tringle de rideaux rougie au feu. Tous les cinq jours, on applique 20 ou 30 pointes de feu, sous l'une ou l'autre clavicule. — (*Union médicale.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le *Traité de pharmacie galénique* (1), par Edm. Bourgoin, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc., s'adresse surtout aux élèves, à ceux qui préparent leurs examens semestriels ou définitifs, aux candidats pour l'internat en pharmacie, aux étudiants en médecine et aux médecins qui désirent s'initier à la préparation des médicaments officinaux et magistraux.

Les praticiens qui désirent se tenir au courant des récents progrès de la science, le consulteront aussi utilement. On sait que la pharmacie *galénique* n'est pas la polypharmacie, telle que l'entendaient Galien et les anciens auteurs, mais qu'on comprend, actuellement, sous ce nom, l'ensemble des médicaments préparés spécialement dans les officines, comme les poudres, les potions, les pommades, les extraits, les eaux distillées, etc. C'est la pharmacie ainsi comprise que M. Bourgoin a exposée au point de vue théorique et pratique. Son *Traité* se divise en trois parties : la première consacrée aux généralités, la seconde, aux médicaments internes, et la troisième, aux médicaments externes. Les opérations pharmaceutiques y tiennent naturellement une bien plus grande place que la matière médicale.

La maison Hachette vient de terminer le *Dictionnaire universel des Contemporains*, par G. Vapereau (2), dont nous avons annoncé les premières livraisons il y a seulement quelques mois.

Nous n'insisterons plus sur les services que rend un pareil ouvrage à tous ceux qui s'intéressent aux événements si divers et si multipliés de notre époque. Le *Dictionnaire universel des Contemporains* est, en quelque sorte, le dossier où chacun peut consulter tout ce qu'il lui importe de savoir sur la vie et les travaux de tout homme tant soit peu marquant dans l'une quelconque des branches des connaissances humaines.

Les mêmes éditeurs à qui l'on doit la publication de tous ces beaux Dictionnaires qui font tant d'honneur à la librairie française, viennent également de faire paraître le deuxième fascicule du Supplément au *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, par Ad. Wurtz (3). Nos lecteurs connaissent depuis longtemps cet ouvrage dont la réputation est universelle. Ce nouveau fascicule contient la fin de A et le commencement de B. Signalons surtout les mots Aniline, Anthracène, Antimoine, Argent, Arsenic, Aromatique (série), Atomique, Azote, Benzine, Benzoïque (acide), etc. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, ce supplément renferme les principes immédiats végétaux dont quelques-uns ont une si grande importance pour le médecin. Citons : Apiol, Arbutine, Aricine, Arnica (essence d'), Arnicine, Asparagine, Aspidospermine, Athérospermine, *Assafœtida*, Atropine, Aurantine, etc.

Enfin, pour terminer par un ouvrage plus spécialement médical, disons que le *Dictionnaire encyclopédique des scienees médicales* (1) vient de s'enrichir de trois nouveaux demi-volumes. Dans la deuxième série commençant à L, nous avons la seconde partie du tome XIV qui contient la fin du mot *Œil* et qui se termine à *Oleum nigrum*. On y trouvera entr'autres articles importants : Œsophage, Œsophagisme, Œuf, Officier de santé, sur lesquels nous appelons particulièrement l'attention à cause des développements dans lesquels les auteurs sont entrés. Dans la troisième série commençant à la lettre Q nous avons la seconde partie du tome VIII et la première du tome IX, c'est-à-dire de Scudamore à Serpents venimeux. Signalons surtout Sébacées (glandes et matières), Secret médical, Sélection, Séméiotique, Sémites, Sénégambie, Septicémie, Sépulture, Séreux, etc. N'est-ce pas le cas de regretter que le peu d'espace dont nous disposons, nous empêche de parler avec plus de détails de ces ouvrages qui sont tous d'une très-haute valeur? Dr A. B.

(1) Un vol. in-8, de 830 pages avec 89 figures intercalées dans le texte. Librairie A. Delahaye et T. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 15 fr.

(2) Un vol. grand in-8, d'environ 2000 pages à deux colonnes.

(3) Trois tomes en cinq vol. grand in-8. Librairie Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain, 79.

(1) Se publie par demi-volumes, in-8, d'environ 400 pages aux librairies G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, et Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Publication récentes de la librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Etudes médicales sur Barèges, par le Dr Armieux. Un vol. in-8, de 384 pages. 2e édition.

Poils et ongles, leurs organes producteurs. Thèse d'agrégation, par le Dr Arloing, un vol. in-8, de 202 pages.

Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctifs fibreux, séreux et osseux. Anatomie et physiologie, thèse d'agrégation, par le Dr L. Testut, un vol. in-8, de 260 pages et 4 planches hors texte.

Diagnostic différentiel des myélites, avec de nombreux tableaux synoptiques, par le Dr Marmonier, précédé d'une introduction de M. le Dr Charcot. Un vol. gr. in-8, de 180 pages.

Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique, par le Dr Paul Segond. 1 vol. in-8, avec 3 planches. Librairie G. Masson. Prix : 6 francs.

Des paroxysmes en aliénation mentale, par le Dr Lagardelle. 1 broch. in-8, Librairie Bazire.

De la variole. Notes recueillies à Caunes en 1879, par le Dr Bernard (de Caunes). 1 broch. in-8, Paris. Imprimerie A. Parent.

AVIS DIVERS

SEINE-INFÉRIEURE. — On demande un docteur en médecine, pour une station balnéaire importante, fixe 1500 francs.

S'adresser au maire du Tréport.

POUR CAUSE DE SANTÉ. — Clientèle médicale à céder, produit 12 à 15000 francs, certitude d'augmentation pour un médecin actif, chef-lieu d'arrondissement, 25,000 habitants; prix : 12000 francs. *S'adresser par lettre à M. Malavent, Pharmacien, 19, rue des Deux-Ponts. Paris.*

CORRESPONDANCE

— Dr F., 394, 6 novembre.

Nous utiliserons votre lettre, le jour où nous publierons celle qui contient la thèse opposée, soutenue par un autre membre du *Concours* et reçue en même temps que la vôtre.

— Dr B., 7 novembre.

Nous avons inscrit avec plaisir, membres du *Concours*, les trois internes dont vous nous adressez les adhésions. Il leur sera facile de concourir pour leur part à combler les lacunes que vous signalez.

— Dr R., à V., par St-M. (Savoie).

« *J'ai fait une demande de médicaments à la maison Adrian et Compagnie, j'en suis très-satisfait comme qualité et encore plus comme prix, car il y a à ce sujet une grande différence avec les prix des pharmaciens où je me servais.* » Si nous publions ce passage de la lettre de M. R., c'est que nous sommes prêts à publier les constatations en sens contraire, s'il y a lieu et les transmettre aux intéressés.

— Dr P., à L. R. (Charente), 8 novembre.

« *Vous êtes appelé à rendre de véritables services à la cause que vous avez prise en mains, avec persévérance; je viens vous apporter mon adhésion et m'engage à faire auprès de mes confrères, ce que mon excellent ami N. A. a fait auprès de moi : Les amener au* Concours *en leur exposant les moyens et le but.* » Veuillez transmettre nos remerciements à M. N. Quant à la méthode à laquelle vous faites ensuite allusion, nous avons reçu à son sujet une étude d'un grand intérêt. Permettez-nous de choisir le moment opportun pour cette publication ; elle aurait actuellement l'inconvénient d'ouvrir une polémique que le défaut d'espace ne nous permet pas d'accepter.

— Dr M., Paris, 9 novembre.

« *Par la théorie, par l'exemple, vous préparez vos lecteurs à l'union et l'entente; persévérez et soyez assuré que peu à peu vous modifierez bien des sentiments et faciliterez ainsi les Associations par groupes, qui doivent être votre puissant moyen d'action.* » Inscrit M. votre frère.

— Dr P., à V. (Cher), 10 novembre.

Oui, nous inscrirons en votre nom, M. le Dr C. de St-A. Mais cette inscription ne sera définitive que lorsqu'il vous aura fait parvenir son adhésion signée. Cette formalité est indispensable pour les écritures et établissement des numéros des adhérents. Nous prions tous ceux de nos lecteurs qui se trouveraient dans un cas semblable, de régulariser leur situation.

— Dr C., à M. (Isère), 10 novembre.

Nous inscrirons M. votre fils et vous serons obligés de le prier vous-même de nous rendre le service que vous nous dites de lui réclamer. Puisque vous le désirez, on verra à choisir ce genre de fournisseurs et à établir ces échanges. Cependant, vous savez que nous disposons de bien peu d'espace ; vous pouvez donner l'exemple de cette correspondance.

— Dr B., à A. (Ardennes), 10 novembre.

Reçu votre mandat, 20 fr. Nous vous inscrivons membre du *Concours*.

— Dr T., 937 (Eure).

Vous dites : *Puis-je expédier sous enveloppe à 5 centimes mes notes libellées, comme suit :*

Monsieur,

J'ai l'honneur, suivant l'usage, de vous adresser pour l'année 188. , la note de mes honoraires, en vous priant de vouloir en bien régler le montant.

Visites de jour et de nuit. . . . . » »

Veuillez agréer mes civilités empressées.

Pour acquit.

Dr X.

Rapporter le présent avis en venant payer.

Non, la poste n'admet que la sèche formule du no 40 du *Concours*.

— Dr L., à C., 11 novembre.

Reçu votre mandat : vous auriez pu recevoir sans frais les dix numéros, puisque vous prenez la peine de les appliquer à la propagande, ce dont nous vous remercions.

— Dr L., à L.-T., 12 novembre.

Si vous réclamez ce service en qualité de membre du *Concours*, il vous revient de droit sans frais, sinon on fera parvenir ce qu'on voudra à la conclusion.

— Dr S., à P.-S.-S. (Yonne), 13 novembre.

Oui, vos amis peuvent user des fournisseurs, si vous faites leurs commandes vous-même. Oui, un de vos amis qui contracte assurance à la New-York par votre seul intermédiaire procure des avantages à la *Caisse de prévoyance;* mais il ne peut profiter de celle-ci. Non, assurance incendie. Oui, pour les conseils d'affaires et judiciaires, par votre intermédiaire. Les réclamations que vous avez en vue sont fondées.

— Dr V., 957.

Merci de vos efforts «... *et pourtant les syndicats seraient le salut, à une époque plus ou moins prochaine; continuez vos exhortations. Laissons dans leur isolement ceux qui m'ont répondu que tout est pour le mieux, dans le meilleur des mondes, etc...* »

— Dr B., à V., S.-A., 14 novembre.

Vous avez contracté avec la New-York. Dès ce moment vous avez droit à la *Caisse de prévoyance.* Il faut que nos confrères, déjà assurés, qui désireraient faire partie du conseil d'administration de cette caisse et pourraient se déplacer par circonstance, nous informent de leur désir, afin que les désignations puissent se faire.

— Dr B., à M. (Aisne), 14 novembre.

Oui, avec la condition de ménager nos troupes et avec le sentiment de la confraternité, même quand on ne la rencontre pas.

— Dr B., à C., S. et M., 14 novembre.

Votre lettre nous est précieuse ; nous l'utiliserons et nous tenons surtout à faire votre connaissance. Nous espérons bien vous avoir après la réunion.

— Dr R., à St-N., 14 novembre.

En cas de sinistre vous écrirez de suite à la Compagnie le Phénix et d'ailleurs, l'agent vous réclamera, en temps utile, la prime de deuxième année. M. P. de B., nous fait trop attendre, en effet, la suite de son travail sur l'hydrothérapie ! On vous a envoyé les numéros. Mais nous sommes certains que l'omission est du fait de la poste et non du nôtre. Réclamez.

— Dr T., à B., sur B.

Vous êtes inscrit et le numéro vous est envoyé.

— Dr T., 12, rue du Lorencin, Lyon. — Dr R., à T., (Haute-Garonne). — Dr B., à B. (Aisne). — Dr S., à T. (Var). — Dr C., à M. (Allier). — Dr L., à C. (Nièvre). — Dr C., à St-A. (Cher). — Dr B., à A. (Ardennes). — Dr C., à St-E. (Loire). — Dr C., à F. (Ille-et-Vilaine. — Dr B., à A. (Aube). — Dr de T., du R., a B. (Sarthe). — Dr Le C., à D. (Ille-et-Vilaine). — Dr M., 57, rue de Vanves, Paris. — Dr P., à Ste-F.-lès-L. (Rhône). — Dr F., à St-S. (Charente-Inférieure). — Dr M., à St-R. (Finistère). — Dr L.-M., à O. (Loiret). — Dr L.-C., à O. (Loiret). — Dr B., à O. (Loiret). — Dr D., à L. (Charente). — Dr B., à N. sur A. (Aube). — Dr S., à S. de Z. (Basses-Pyrénées). — Dr S., à E. (Marne). — Dr G., à C. (Hérault). Vous êtes inscrits.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 48 27 novembre 188

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Léon Le Fort a pratiqué, avec une grande habileté, une extirpation du rein, pour une fistule de l'uretère. Cette fistule ne s'était établie qu'au prix d'une suppuration et de fusées purulentes qui mettaient la vie du malade en danger. Il y avait nécessité absolue de tenter cette audacieuse opération, dont les exemples ne sont d'ailleurs point rares en pays étranger. L'extirpation du rein fut rendue très-laborieuse par les adhérences de la capsule. Il fallut décortiquer le rein, en laissant son enveloppe, et l'opération dura plus d'une heure. Le malade ne survécut que deux jours.

L'insuccès fut le résultat des adhérences de l'organe, et M. Le Fort persiste à croire que l'extirpation du rein doit être tentée dans les cas de fistule urinaire compliquée. Elle a déjà réussi, surtout en l'absence de cette complication signalée. M. Léon Labbé approuve hautement la tentative de son collègue. Il serait regrettable, dit-il, que les chirurgiens français fussent tentés de reculer devant une opération qui a été plusieurs fois pratiquée en Allemagne avec succès. Notons que ces succès ont été obtenus surtout dans le cas d'extirpation d'un rein non altéré.

M. Voillez avait fait une très-intéressante et très-pratique lecture à l'Académie, sur le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. Il avait signalé, avec observations à l'appui, l'efficacité incomparable de cette méthode, dans une affection d'ordinaire mortelle à très-bref délai; il avait avancé que huit fois sur dix, le praticien courageux pouvait faire justice de l'affection. La discussion était ouverte.

M. Maurice Raynaud a répondu à l'appel de son collègue et, dans la séance du 16 novembre, il est venu exposer les résultats de son expérience. Il a certainement intéressé l'Académie par sa consciencieuse discussion de statistique, par le récit d'observations émouvantes, où l'on voit le médecin tenir pour ainsi dire entre ses mains la vie du patient. Ce sont des cas dans lesquels la confiance de la famille doit être entière, et l'autorité du médecin indiscutée.

M. Voillez disait : *Dans les cas de rhumatisme cérébral, avec délire, on doit donner des bains froids à une température de 20 degrés centigr., dans lesquels le malade doit rester jusqu'à ce qu'il se manifeste un frisson peu intense, et ce bain sera renouvelé toutes les 3 heures jusqu'à cessation du délire.*

M. M. Raynaud répugne à ces formules absolues qui peuvent leurrer le jeune praticien. Il préfère conseiller de s'installer auprès du malade, et, le thermomètre à la main, s'efforcer par le bain, plus ou moins prolongé, plus ou moins froid, même tiède, de ramener la température à 37 degrés et de l'y maintenir. Dès lors le délire cesse, et le malade est sauvé. Le retour du sommeil est, généralement aussi, le signe du retour à la santé.

Parfois, les douleurs rhumatismales, que le délire a remplacées, se reproduisent lorsque, sous l'action puissante de la méthode, le délire a disparu. Mais cette réapparition n'influe nullement sur le résultat final.

En résumé, une affection qui était presque toujours funeste, est devenue, avec les bains froids, le domaine d'une thérapeutique efficace, qu'aucun médecin ne devra négliger de mettre en pratique, sous peine de grave responsabilité. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Jules Guérin présente un malade guéri par la méthode sous-cutanée (qu'on appelle, dit-il, maintenant, la méthode aspiratrice) d'un abcès compliqué du foie. Il fera ressortir les avantages de ce procédé dans un chapitre spécial du traité qu'il se propose de publier prochainement.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. JULES SIMON.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant, diffère essentiellement du traitement qu'on institue pour un adulte. Il ne s'agit pas, si l'on veut, d'une médication active, d'un remède en particulier, mais d'une série d'indications qu'il convient de remplir. On peut les résumer dans cette phrase : soutenir les forces, calmer ou exciter le système nerveux selon les cas, réveiller les fonctions cutanées qui sommeillent.

Dès les premiers jours, l'emploi des boissons délayantes est nettement indiqué. Il convient de prescrire de préférence, les liquides acidules parce qu'ils rafraîchissent et sont plus agréables à prendre. Cela suffit au début, mais au bout de quatre ou cinq jours, on peut commencer d'administrer de l'alcool. Cette substance, comme tout le monde le sait, est excitante à certaines doses; d'un autre côté, il est un fait notoire, c'est que dans les maladies hyperthermiques, elle abaisse la température et soutient les forces qui tendent à s'épuiser.

La forme sous laquelle s'administre l'alcool peut varier : l'eau-de-vie, le rhum, le vin de Malaga, etc., peuvent s'employer indifféremment, toutes conditions de doses réservées, cela s'entend.

Durant cette première période de la maladie, l'enfant, d'une manière générale, a été constipé ; mais voilà que la scène change ; une hypersécrétion intestinale se produit, la diarrhée apparaît, le tout, s'accompagnant de coliques parfois très-violentes. Employez alors les fomentations émollientes sur le ventre, les lavements contenant deux à trois gouttes de laudanum pour un enfant de cinq à sept ans. Vous verrez, dans la plupart des cas, les douleurs abdominales s'apaiser, le météorisme diminuer après deux ou trois jours de cette pratique, quelquefois plus tôt. Tous les trois jours, on pourra faire prendre avec avantage un petit verre d'une eau minérale laxative, non pas dans le but de purger le petit malade, mais pour nettoyer le tube digestif et faire en quelque sorte sa toilette.

On administrera tous les jours des lavements d'eau, dans lesquels on pourra mettre si l'on veut une substance antiseptique. Pour exciter la peau et la rafraîchir, des lotions seront pratiquées rapidement sur tout le corps, avec de l'eau dégourdie, contenant un peu de vinaigre ordinaire, du vinaigre de Bully, etc. A ce propos, M. J. Simon fait une petite digression sur les bains froids qu'il n'admet pas dans le traitement des enfants. Il conseille néanmoins d'employer des bains tièdes, comme donnant de bons résultats sans présenter les inconvénients des immersions froides.

Le malade sera changé de lit et de chambre le matin et le soir, si toutefois le logement le permet. Le but de cette pratique est d'empêcher l'enfant de séjourner constamment dans un milieu empesté par le poison qu'il engendre. Il convient d'ajouter à cela le silence le plus absolu, une demi-obscurité et un repos qui ne sera pas troublé par des visites inopportunes. Le régime sera diététique, mais pas d'une façon absolue, le lait, le bouillon seront prescrits dans le but d'alimenter le patient.

En résumé, le traitement de la fièvre typhoïde ordinaire qui évolue sans accidents notables, consistera à soutenir directement les forces au moyen du lait, du bouillon, de l'alcool, ou indirectement en diminuant l'hypersécrétion intestinale, et à combattre le poison par le lavage du tube digestif le changement d'air, etc.

COMPLICATIONS : — 1o *Accidents abdominaux.* — Quand on parle d'accidents abdominaux on a surtout en vue la superpurgation et les tranchées vives. Employez hardiment des substances absorbantes ou légèrement modificatrices. On peut faire prendre jusqu'à 10 grammes de craie dans un julep gommeux, ou bien 4 grammes de sous-nitrate de bismuth délayés dans de l'eau simple ou sucrée. On se trouvera bien de l'administration de lavements d'amidon cuit dans lesquels on mettra quatre à cinq gouttes de laudanum ; cette dose d'opium peut être augmentée jusqu'à tolérance du malade, mais il faut dans tous les cas une surveillance attentive. Ajoutez à cela des fomentations émollientes sur le ventre. Il pourra se faire que la diarrhée ne cède pas avant quatre ou cinq jours.

2o *Accidents thoraciques.* — Les plus fréquents sont les bronchites généralisées, les congestions pulmonaires doubles. Il faudra se garder en général d'employer des vomitifs. L'ipéca, le

polygala, le kermès, l'antimoine seront rigoureusement proscrits. Tous ces moyens n'aboutiraient qu'à déprimer les forces du malade, si toutefois ils ne le tuaient pas. Qu'on se borne à des applications de ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine, le matin et le soir. C'est là un moyen bien simple et pourtant bien puissant qu'on a toujours à sa disposition. Par ce procédé, on stimule la peau et l'on fait une dérivation salutaire. Insistez sur l'alcool que vous prescrirez à la dose de 20 à 30 grammes dans un julep; au besoin vous pourrez ajouter un peu d'extrait de quinquina.

Si la dyspnée augmente notablement, il faut sans hésiter, appliquer un vésicatoire volant sur la poitrine. Il sera laissé en place trois ou quatre heures, mais jamais au delà de cinq ou six. Cela suffira juste pour irriter la peau; on le remplacera par un cataplasme de fécule qui provoquera la formation de la cloche.

Ne nous privons pas d'un agent thérapeutique d'une puissance extrême, surtout chez les enfants, par la crainte de provoquer des eschares. Il est vrai que cet accident est plus facilement produit dans la fièvre typhoïde et dans les cachexies en général, mais on peut toujours le prévenir en levant le vésicatoire assez tôt.

3° *Accidents cérébraux.* — C'est là une complication sur laquelle on a le moins de prise. Il convient d'insister sur le chloral qui sera administré à la dose de 1 à 2 grammes. Si l'enfant présente des phénomènes d'une grande excitation, prescrivez tous les jours un lavement contenant un jaune d'œuf, 1 gramme de chloral et 1 gramme de camphre. Ce n'est qu'en dernier ressort qu'il sera donné du bromure de potassium, encore faudra-t-il se garder de l'administrer plus de deux jours de suite.

4° *Hémorrhagies.* — Les hémorrhagies intestinales liées à la fièvre typhoïde, sont rares chez les enfants; il se produit plus souvent des épistaxis rebelles. Voici, d'ailleurs un moyen, le plus souvent efficace, pour arrêter l'écoulement du sang par le nez.

On prend de l'amadou qu'on découpe en lanières, larges d'un peu moins d'un centimètre. On les introduit le plus loin possible dans les fosses nasales jusqu'à ce que cette cavité soit bien remplie. Cela fait, une dernière lanière est placée transversalement sur l'orifice des narines; il n'y a plus qu'à fixer le tout au moyen d'une petite bande qu'on serre sur la tête. Il y a quelquefois nécessité de tremper l'amadou dans une solution titrée de perchlorure de fer. Dans tous les cas, le tamponnement postérieur des fosses nasales au moyen de la sonde de Belloc, doit être rigoureusement proscrit. C'est là, en effet, une manœuvre très-difficile à cause des mouvements de l'enfant; elle provoque des nausées et ne produit pas de meilleurs résultats que le procédé dont il vient d'être question.

Lorsqu'une hémorrhagie intestinale se déclare, administrez deux gouttes de perchlorure de fer, dans un peu d'eau, toutes les heures ou toutes les deux heures. Si ce moyen ne suffit pas, donnez des boissons fraîches, faites placer des compresses froides sur le ventre. A l'intérieur, donnez de la glace qui, après avoir été râpée et mélangée à du sucre en poudre, sera généralement bien acceptée par le malade.

4° *Accidents par compression.* — Ces accidents sont constitués par les rougeurs, les eschares qui se déclarent dans les parties déclives qui supportent le poids du corps; elles se montrent d'habitude au sacrum. Il faut tâcher de les prévenir. Le moyen le plus simple consiste à faire reposer le bassin de l'enfant sur un coussin à air, rempli aux deux tiers; on lavera d'ailleurs soigneusement ces parties, avec l'infusion de feuilles de noyer, des substances astringentes en général.

Nous terminons par un coup d'œil jeté sur le traitement des formes graves de la fièvre typhoïde.

Dans les formes ataxo-adynamiques, caractérisées par un mélange de délire et de prostration, appliquez immédiatement un vésicatoire volant à la nuque; dès qu'il sera sec, on pourra le remplacer par un autre. Par ailleurs, on utilisera les moyens indiqués précédemment contre les accidents cérébraux.

Enfin dans les cas de fièvre typhoïde adynamique, et dans les formes putrides, il faudra insister sur les toniques et les substances excitantes capables de réveiller le système nerveux.

On pourra même au besoin donner un bain frais. Quelques secondes suffisent pour provoquer une excitation remarquable, mais c'est là un moyen qui ne devra être employé qu'après s'être vainement adressé aux autres.

PARALLÈLE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Le diagnostic des fièvres éruptives est parfois assez facile, même au début; il est pourtant des cas dans lesquels il est impossible, alors même que l'éruption commence à se faire.

Un des liens de parenté qui les rattache toutes, c'est qu'elles sont contagieuses : la variole, la rioloïde, la rougeole, le sont par inocul scarlatine se communique surtout au m

pellicules épidermiques qui se détachent vers le dixième ou le douzième jour de la maladie.

Rougeole. — La rougeole débute par un frisson. Il y a de la céphalalgie, des vomissements comme dans les autres fièvres éruptives, mais la température ne monte pas brusquement; elle marche pas à pas, s'élevant graduellement pour atteindre son maximum au moment de l'éruption. En même temps apparaissent des symptômes inflammatoires du côté de la muqueuse des voies aériennes: coryza, larmoiement, pharyngite, le tout s'accompagnant d'une toux rauque. Ces prodromes existent trois ou qnatre jours, sans qu'on puisse souvent établir le diagnostic.

Variole. — Le début de la variole est violent, subit; la fièvre est d'emblée très-intense; la ligne ascensionnelle de la température n'est plus hésitante comme dans la rougeole; elle arrive à son maximum en vingt-quatre heures. Le frisson est très-violent et la fièvre, bien plus élevée que dans la rougeole, l'est cependant moins que dans la scarlatine. Au lieu de se traduire par des symptômes du côté de l'appareil respiratoire, elle se caractérise par des phénomènes de congestion de l'axe cérébro-spinal: céphalalgie intense, rachialgie pouvant s'accompagner d'une sorte de paraplégie.

On note souvent l'apparition d'un erythème particulier siégeant de préférence à l'aine, rash variolique, et qui parfois simule celui de la scarlatine.

Les enfants ont, en outre, maintes fois, des vomissements et des convulsions, nouvelles causes d'erreur au point de vue du diagnostic. Les prodromes, en définitive, durent deux à trois jours.

Scarlatine. — La scarlatine ne prend pas la peine de s'annoncer; elle se montre d'une façon tout à fait brusque, et cependant la fièvre est tantôt nulle, tantôt très-violente. Cette particularité nous explique pourquoi certains médecins, jugeant sans doute d'après un nombre de cas assez restreint, ont regardé cette maladie comme bénigne, tandis que d'autres la considéraient comme la pire de toutes. C'est ainsi que Tissot l'a comparée à ces chiens qui mordent sans aboyer. Disons cependant, que dans la grande majorité des cas, la fièvre s'élève très-rapidement et atteint souvent quarante-et-un degrés. C'est là d'ailleurs une température qu'on ne rencontre pas dans les autres maladies, une seule exceptée, la fièvre typhoïde.

Pendant ce temps, le scarlatineux souffre de la gorge. Si on l'examine à ce moment, on remarque une rougeur particulière siégeant non-seulement aux amygdales, mais encore sur les piliers et les parties environnantes. Bientôt un pointillé blanc se remarque sur les amygdales, tandis que le reste de la muqueuse pharyngienne se présente sous l'aspect d'un rouge sombre, d'où se détachent des points d'une couleur beaucoup plus vive. Simultanément les ganglions se prennent; enfin, tous ces symptômes ne subsistent que vingt-quatre ou trente-six heures, et l'éruption apparaît. Les prodrômes ne durent donc que trente-six heures au plus. Revenons à la rougeole.

Rougeole. — On répète d'une façon banale que l'éruption débute par la face et le cou. Chez les enfants, ce n'est pas là qu'il faudra la chercher, car elle se manifestera en premier lieu derrière les oreilles et dans le dos, ou du moins elle se montrera d'abord à ces endroits d'une façon plus évidente. Elle est caractérisée par de petites taches rouges, formant des marbrures sur la peau. Ces taches sont assez souvent papuleuses, et comme la figure de l'enfant s'œdématie aisément, si la fièvre est intense, qu'il y ait des vomissements, et qu'on aborde ce malade pour la première fois, il sera facile de croire à une variole.

On est obligé, dans ces cas, de différer pendant deux ou trois jours de poser un diagnostic précis. Pendant ce temps, les symptômes prodromiques: conjonctivite, coryza, etc., ne disparaissent pas et continuent à progresser.

Scarlatine. — A propos de la scarlatine qu'on diagnostiquera souvent avec assez de facilité, il faut se rappeler qu'on pourra parfois avoir affaire à des malades qui n'auront presque pas eu de fièvre ni d'éruption. On pourra vous amener des enfants au dixième ou douzième jour de leur maladie. Il ne restera de leur scarlatine que de petites taches couleur café au lait et qui sont le sège d'une desquamation épithéliale. Il faudra rechercher soigneusement ce signe, particulièrement dans le dos et sous les aisselles.

Variole. — L'éruption de la variole siége à la face, aux mains, aux membres inférieurs. Elle consiste en des papules, qui, au troisième jour sont surmontées d'une vésicule qui s'ombilique et devient louche. La dessication ne se fait que vers le quinzième jour. Au huitième jour, c'est-à-dire au moment de la suppuration, la fièvre qui était un peu tombée remonte de nouveau (fièvre secondaire.)

Dans la varioloïde, la dessication commence dès le sixième jour, et il n'y a pas de fièvre secondaire comme dans la variole. Il est parfois cependant assez difficile de diagnostiquer ces deux maladies, surtout quand il s'agit de varioloïde confluente. A ce propos, M. Jules Simon rapporte

un fait dans lequel sa grande expérience lui permit de redresser un diagnostic de variole confluente, portée par un jeune docteur, sur un malade qui présentait, en apparence, tous les signes de cette affection. On était au quatrième jour de l'éruption. Après un court moment d'hésitation, le savant médecin des Enfants-Malades, ayant découvert deux petites croûtes à l'aile du nez, posa le diagnostic de varioloïde et la suite démontra la justesse de ses prévisions, car au dixième jour, le malade était guéri.

Scarlatine. — La variole s'accompagne, comme nous l'avons vu, d'un rash qui peut simuler l'éruption scarlatineuse il en est de même de la diphthérie dans des cas rares. Habituellement, la scarlatine se montre au cou, aux aisselles, au pli de l'aine, aux endroits où la peau est plus fine. La rougeur est diffuse, sans apparence de marbrures, mais en offrant, par places, des tons plus vifs qui tranchent sur les parties voisines, le tout recouvert de sudamina.

La fièvre dure huit ou dix jours, et quand elle baisse, elle rétrograde peu à peu et comme à regret. Dans tous les cas, la convalescence est très-longue et dangereuse, parce que la moindre imprudence peut devenir l'occasion de complications excessivement graves.

Au douzième jour, il survient de l'albumine dans les urines ; si l'enfant se refroidit, il peut se déclarer une angine grave et une néphrite mortelle. Il ne faut pas croire que, parce que la fièvre est tombée, que la desquammation se produit, la maladie soit à son terme. Evitez que l'enfant se refroidisse sous quelque prétexte que ce soit. L'appartement ne doit pas être aéré pendant un mois, car il faut se rappeler que la peau est excessivement impressionnable, et qu'une atmosphère fétide vaut mieux pour l'enfant qu'un air pur, mais froid. Rappelons-nous que quatre-vingts fois sur cent, des imprudences sont ainsi commises qui conduisent les petits malades au tombeau.

En résumé, dans la rougeole, l'enfant doit garder sa chambre au moins un mois ; deux mois ne sont pas de trop pour la scarlatine et la variole.

Dr Eugène SALLES.

REVUE GÉNÉRALE

DES ABCÈS DE LA PROSTATE

(*Suite et fin.*)

I. — Il nous reste à examiner ici les règles du traitement des prostatites, indiquées par M. le Dr Paul Segond.

Le traitement varie avec les périodes de la maladie. Ou bien on assiste au début de la phlegmasie, ou celle-ci a évolué et le pus est formé.

Lorsqu'on est en présence d'un malade atteint d'une phlegmasie de la prostate au début, on doit recourir d'emblée au traitement antiphlogistique. On peut ainsi enrayer la maladie et prévenir la période suppurative. Vidal de Cassis et d'autres auteurs encore ont publié de nombreuse observations qui prouvent bien l'efficacité du traitement antiphlogistique au début de la maladie.

On prescrira le repos au lit, la diète, ou du moins une alimentation légère ; on usera de boissons émollientes.

Les émissions sanguines, si délaissées aujourd'hui, rendront de grands services. C'est aux émissions sanguines locales qu'on donnera la préférence. On fera appliquer sur le périnée vingt à trente sangsues, et on favorisera l'écoulement du sang par des bains de siége tièdes, de huit à dix minutes, et par l'application de larges vésicatoires.

Si les phénomènes inflammatoires s'amendent, si les douleurs diminuent et si la miction redevient normale, il est inutile d'insister.

Parfois, cependant, ce calme n'est que temporaire et il devient nécessaire, si l'état général le permet, de recourir à une seconde application de sangsues. Rappelons que dans les phlegmasies prostatiques, comme dans toutes les autres, les émissions sanguines n'ont d'effet utile que dans les cinq ou six premiers jours, et surtout pendant les quarante-huit premières heures de la maladie.

On a essayé à l'exemple de Bégin, de porter les sangsues, à l'aide d'un spéculum, sur la face postérieure de la prostate. Mais cette méthode a plus d'inconvénients que d'avantages. Les malades supportent très-difficilement l'introduction extrêmement douloureuse du spéculum. Enfin, on sait que la soustraction directe du sang à l'organe malade est inutile. Le périnée, la partie interne des cuisses, la paroi abdominale inférieure, constituent une zone d'élection pour les émissions sanguines que réclament les phlegmasies des organes contenus dans le bassin (*Segond*).

On a essayé les applications de la glace renfermée dans un sac de baudruche bien graissé et introduit dans le rectum où il est maintenu puis renouvelé pendant 18 ou 30 heures.

Mais de l'aveu même de M. Jullien, qui a pré-

conisé ce mode de traitement, aucun bon résultat n'a été obtenu par ce moyen.

Une autre modification à remplir est de calmer les douleurs parfois intolérables. Les suppositoires opiacés ou belladonés sont d'une application difficile et augmentent encore les douleurs. Il vaut mieux avoir recours aux pommades calmantes, aux larges cataplasmes, aux bains et aux injections sous-cutanées de morphine.

Nous avons dit que la constipation était habituelle. C'est encore là une cause de souffrances. Il faudra donc avoir recours aux purgatifs légers.

Contre la rétention d'urine, il est nécessaire d'agir. Quand la chose est possible il faut avoir recours au cathétérisme.

Il faut seulement proscrire l'usage des sondes métalliques. Voici à cet égard les préceptes donnés par M. le professeur Guyon :

Employer des sondes en gomme ou en caoutchouc, dites sondes à béquilles, soit seules, soit armées d'un mandrin. L'usage du mandrin, dit M. Guyon, permet un artifice que plusieurs chirurgiens ont préconisé depuis Desault, et dont Dupuytren faisait un fréquent usage. Cette manœuvre consiste à faire glisser la sonde sur le mandrin maintenu immobile, dès qu'on est arrivé sur l'obstacle prostatique. Agissant ainsi, on conduit une sonde rigide jusqu'à la prostate, et on transforme cet instrument en une sonde molle susceptible de se prêter à une direction irrégulière du canal de l'urèthre pour le moment où l'on franchit la prostate.

A l'aide de ces moyens, on parvient le plus souvent à vider la vessie. Mais plus que jamais, dit M. Guyon, la main du chirurgien doit obéir ; c'est le canal qui dirige la sonde, et la main n'a qu'une influence directrice très-bornée. Alors même que la déviation du canal à été reconnue, c'est par la forme et la nature de l'instrument beaucoup plutôt que par la manœuvre que l'on obtient telle ou telle direction dans la marche de la sonde.

Lorsque l'obstacle est insurmontable, force est de recourir à la ponction aspiratrice de la vessie, à l'aide d'une aiguille capillaire.

Cette méthode, inoffensive offre cet avantage de pouvoir être répetée plusieurs fois sans le moindre danger pour le malade.

Voici le résumé des règles du traitement formulé par M. le Dr Segond :

Combattre la douleur ; éviter le phénomène de rétention ; lutter contre la marche du processus inflammatoire par une médication antiphlogistique générale et les émissions sanguines locales ; telles sont les bases du traitement initial des phlegmasies prostatiques.

II. Dès que la suppuration est établie, la première indication immédiate, urgente, indispensable, est l'intervention *hâtive et complète*. C'est le seul moyen de prévenir les complications : fusées purulentes, décollements et tout le cortège des accidents qui, vingt-trois fois sur cent quinze observations recueillies par M. Segond, ont amené la mort du patient.

Nous avons vu que trois voies étaient ouvertes au pus formé dans la prostate : l'urèthre, le rectum ou le périnée.

Il y a donc trois voies ouvertes à l'intervention chirurgicale : l'urèthre, le rectum ou le périnée.

L'intervention chirurgicale par l'urèthre est rarement mise en pratique ; voici comment elle s'exécute : la saillie fluctuante étant reconnue, on introduit l'index dans le rectum, et tandis qu'on pousse la prostate d'arrière en avant, de manière à exagérer la tumeur, on pratique le cathétérisme de l'autre main. La sonde arrive sur la saillie prostatique ; il suffit alors, de presser contre l'obstacle pour que la sonde pénètre dans l'abcès (*Ledentu*).

L'incision périnéale doit être pratiquée hardiment et largement. Les incisions courtes sont inutiles, parfois dangereuses. Les règles opératoires sont les mêmes que dans le premier temps de la taille prérectale.

L'incision par le rectum, s'exécute à l'aide d'un bistouri droit qui est dirigé avec l'index gauche.

On n'a pas besoin du spéculum qui ne permet pas de choisir le point précis où l'incision doit être pratiquée. Voici les règles données à ce sujet par le professeur Guyon : Il faut placer le malade en travers sur le lit, les jambes tenues par deux aides. L'opérateur placé entre les cuisses du malade, introduit jusqu'au point fluctuant de la prostate, son index préalablement enduit de cérat, et prend, de la main droite, un bistouri droit ordinaire dont la pointe, cachée dans une boulette de cire est, en outre, limitée par quelques tours d'une bandelette de diachylon. Il glisse à plat, sur son index gauche, l'instrument ainsi préparé, puis, abaissant le manche et relevant la pointe vers la pulpe du doigt, pousse, dirige, pratique une incision aussi étendue que possible à la poche fluctuante.

Cette incision rectale peut provoquer des hémorrhagies parfois inquiétantes. M. Guyon du recourir dans un cas, au tamponnement du rectum pour arrêter l'hémorrhagie. M. Ledentu a observé un fait du même genre. Dans ces cas, l'hémorrhagie est artérielle et peut être prévue à l'avance par la présence du pouls rectal. De

là, la nécessité d'explorer avant l'opération la présence des battements artériels.

Que l'incision soit faite par une quelconque de ces trois voies, le pronostic de l'abcès de la prostate est bénin, à la condition expresse que l'intervention ait eu lieu assez tôt.

Il est évident aussi que l'ouverture par l'urèthre est moins favorable que l'ouverture par le rectum ou le périnée.

Attendra-t-on que la fluctuation soit manifeste pour intervenir !

Attendre la fluctuation vraie pour intervenir, répond M. Segond, *c'est inciser trop tard.*

C'est donc le premier indice de suppuration qu'il faut savoir saisir. Le sujet est délicat et exige un grand tact chirurgical.

Du côté du rectum, le premier indice de suppuration se manifestera par une sensation de dépressibilité spéciale, analogue à celle que donnerait un petit carré d'étoffe mal tendu sur un cadre rigide; c'est un petit point mou que la pulpe du doigt rencontre en explorant la plaque dure du phlegmon, ou la convexité non moins résistante de la prostate enflammée.

La propagation périnéale se reconnaîtra au doigt par l'extension des limites inférieures de l'empâtement périprostatique au-dessous de l'aponévrose moyenne.

L'intensité du point douloureux prérectal sera aussi très-significative, et l'œdème périnéal, ne devra laisser aucun doute.

Quant aux signes perceptibles au cathétérisme, ils sont bien plus vagues. Ils se réduisent, en effet, à la notion d'une sorte de résistance kystique très-difficile à apprécier.

L'intensité de la fièvre, les frissons, l'état général du malade aideront au diagnostic.

Nous avons dit que l'incision par l'urèthre n'était pas une bonne opération. Il ne faudra donc y avoir recours que lorsque l'ouverture rectale ou périnéale sera impossible. Dans le cas où le cathétérisme ferait percevoir une petite poche fluctuante au niveau de la région prostatique, on ne sera autorisé à l'ouvrir volontairement par cette voie, dit M. Segond, que si l'exploration de la face postérieure de la glande restait absolument négative.

Une fois l'ouverture faite, il restera au chirurgien à surveiller attentivement la marche ultérieure de la maladie, lutter contre les complications toujours possibles et activer la cicatrisation.

Nous bornerons là l'analyse du travail magistral du Dr Paul Segond, et nous conseillerons à ceux de nos confrères qui voudront étudier cette question si intéressante dans tous ses détails d'avoir recours au livre même du jeune chirurgien.

Dr P.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hydropisie de l'amnios. — Fœtus mort. — Anasarque généralisée. — Bec de lièvre. — Brièveté du cordon. — Rupture du cordon pendant l'accouchement.

Dans un travail sur un cas d'hydramnios présenté à l'Association française pour l'avancement des sciences, au congrès de Reims, M. le Dr Tison signale un grand nombre de *desiderata* dans les recherches qui se rattachent à l'hydropisie de l'amnios, questions d'autant plus intéressantes qu'elles sont peu résolues. M. le Dr Tison semble indiquer qu'il y a surtout lieu de rechercher quelles sont les malformations qu'éprouve le produit de la conception dans cette circonstance.

Je crois qu'il est de mon devoir de publier un cas de malformation du fœtus et de ses annexes, que je rencontrai dans un cas d'hydropisie de l'amnios.

Je fus appelé, le 15 septembre, auprès de Mme G... qui avait ressenti les premières douleurs de l'accouchement; une première couche avait été tout à fait normale quatorze mois auparavant.

Je fus frappé du développement considérable de l'abdomen, le ventre se tenait très-haut, et n'était nullement tombé dans les derniers jours de la grossesse. Mme G... me montrait le creux épigastrique me disant que « l'enfant était là, » elle le sentait, « qu'il tirait à son cœur, » pour emprunter son expression; aussi témoignait-elle d'une grande gêne de la respiration, attribuant cette difficulté au développement si considérable de l'utérus. Je me réservai d'examiner les urines en considération de ce commencement de dyspnée, d'autant plus qu'il y avait un œdème considérable des membres inférieurs; le résultat de cet examen fut, du reste, tout à fait négatif.

Au toucher, la dilatation était bien suffisante; je sentis un corps rond relativement dur, et très-haut en arrière du pubis, plus en arrière la poche des eaux, faisant déjà librement une saillie considérable. J'avertis alors la femme de la grande quantité d'eau que contenait l'utérus, ce qui l'étonna beaucoup en considération du peu qu'elle

avait perdu dans son premier accouchement. Je crevai la poche avec le doigt, au niveau de la boule que je supposais être la tête, sans cependant pouvoir l'affirmer ; il s'écoula alors une grande quantité d'eau, la boule vint fermer à plat l'ouverture que j'avais faite, et le liquide cessa de couler.

J'avais espéré qu'après cette première saignée, et ce qui va suivre montre bien que je puis m'exprimer ainsi, cette boule, que je supposais être la tête, viendrait prendre position et me permettrait de préciser mon diagnostic. Au bout d'une demi-heure, je trouvai la même poche des eaux en arrière, et le trou fermé à plat par une surface dure et arrondie. Je fis une nouvelle saignée à l'amnios, au moins aussi abondante que la première. J'étais de plus en plus convaincu que mon doigt sentait la tête ; car en touchant la femme debout, cette partie de l'enfant faisait boule et dansait sur le bout du doigt. Ce phénomène m'indiquait donc encore une grande quantité d'eau, bien suffisante pour laisser le fœtus dans une libre immersion ; et de plus, il me confirmait dans cette hypothèse que la boule était une tête, comme étant la partie la plus lourde, libre dans une masse d'eau. J'agissais aussi par désemplissements successifs, afin de permettre à l'utérus de revenir peu à peu sur lui-même, dans la crainte d'une hémorrhagie qui n'eût pas manqué d'être foudroyante si elle s'était produite avec une inertie de la matrice si développée et subitement désemplie.

Après un certain temps, sans que rien d'anormal se présentât, la tête vint prendre position entre les deux ischions quand la patiente était debout; mais aussitôt qu'elle était couchée sur le lit de misère, je sentais la tête reculer bien loin devant mon doigt presque au détroit supérieur. J'avoue que l'idée ne me vint pas l'esprit, d'un cordon trop court attaché au fond de l'utérus, et tenant comme en bride le corps du fœtus ; aussi je ne cherchai pas à me rendre compte de la dépression sur l'utérus pendant les abaissements de la tête.

J'appliquai le forceps dans la seule pensée de ne plus permettre le recul, quand une contraction m'aurait encore donné la tête entre les deux ischions ; je sentis alors, sans aucune traction de ma part, à la fin d'une contraction utérine, un craquement qui n'échappa pas à l'un de mes aides ; cependant, j'avais conscience de ne pouvoir rien léser par ma pure intervention ; ce ne pouvait être qu'une déchirure de périnée, malgré les précautions préalables. J'eus beaucoup de peine à dégager l'épaule ; le périnée n'avait pas été déchiré ; mais quelle ne fut pas ma surprise de voir le cordon arraché au lieu d'élection, c'est-à-dire à trois centimètres de l'ombilic. L'extraction du placenta se fit normalement, l'utérus revint sur lui-même avec d'assez fortes coliques ; la nouvelle accouchée avait le soir même un peu de fièvre qui tomba le lendemain ; les suites de couches furent tout à fait naturelles.

Examen du fœtus. — Le fœtus était mort depuis environ deux jours, son poids était de 4,500 grammes et présentait une anasarque généralisée et avec une intensité telle que les membres de l'enfant présentaient une raideur comparable à celle du cadavre.

J'eusse bien voulu examiner l'état des reins, mais les règlements administratifs ne supposent pas qu'un pauvre médecin de campagne puisse quelquefois chercher à pénétrer une vérité scientifique. Elles s'imaginent, ces toute-puissances locales, que le médecin n'est qu'un dictionnaire ambulant, délivrant des drogues selon le casier dans lequel il trouve inscrit le nom de la maladie, puis constatant la guérison ou bien la mort. Aussi prétentieuses qu'étroites dans leurs vues, elles ont besoin de beaucoup d'indulgence ; c'est parce que nous en souffrons beaucoup qu'il faut aussi beaucoup leur pardonner.

Je supposai donc à tout hasard une néphrite parenchymateuse ou interstitielle fœtale, car il n'est pas possible que ces anasarques soient le résultat de l'imbibition par l'eau de l'amnios, mais bien plutôt la conséquence de faits de physiologie pathologique.

La tête du fœtus présentait aussi cet œdème à un degré extrême, la région bi-oculaire n'était témoignée que par une fente dans le fond de laquelle, en écartant les deux lèvres, on voyait les deux yeux très-profondément.

Néanmoins, la lésion de la face qui attira surtout mon attention, ce fût un bec de lièvre qui intéressait toute la lèvre supérieure à la partie médiane ; le palais ne participait pas à cet arrêt de développement ; ce bec de lièvre simple ne présentait qu'un petit lobule rudimentaire dans le fond de la fissure labiale.

Examen des annexes. — Le placenta, volumieux, pesait 1,250 grammes.

Le cordon était d'une brièveté remarquable, il avait à peine 30 centimètres dans ses deux tronçons. Le lieu de la déchirure ne paraissait pas à l'œil, être le siége d'une altération quelconque.

Réflexions. — Je n'ai pas la prétention d'expliquer le lien qui relie les différents phénomènes, je laisse à d'autres plus autorisés que moi, le soin de

chercher la relation de cause à effet qui les unit. Je ne puis que relater le fait tel qu'il est, en toute sincérité, le laissant aux commentateurs.

M. le professeur Parrot, en étudiant l'altération ou défaut de développement des articulations, qu'il appelle du nom de achondroplasie, avait déjà indiqué la coïncidence de cette affection avec l'hydropisie de l'amnios, et le fait que je viens de donner, me paraît bien plus significatif encore que celui de M. le Dr Tison au congrès de Reims; les vices de malformation y sont multiples, bien que chacun d'eux pris isolément puisse quelquefois être considéré comme idiopathique; et l'hydropisie de l'amnios n'est-elle pas elle-même un des vices de malformation des membranes ou du liquide amniotique.

Je pense donc qu'il n'y a pas lieu, ainsi que l'insinue M. le Dr Tison, de rechercher entre ces phénomènes des relations de cause à effet, mais qu'ils reconnaissent tous une même parenté causale, dans une influence générale bien supérieure, dans une sorte de diathèse, produisant une malacie ou un arrêt de développement.

Cela est évident pour le bec de lièvre, les spina-bifida, les hydropisies des méninges. Pourquoi les hydropisies de l'amnios ne reconnaîtraient-elles pas pour genèse, les mêmes lois pathologiques? Et cette anasarque que je n'ai pu supposer que brigthique, ne serait-elle pas due à une urémie causée par un défaut de développement, ou un état de malacie des reins?

Dans les premiers âges de la vie intra-utérine, le volume du placenta, comparé au volume de l'embryon, est considérable. C'est aussi, sans doute, la persistance de ce rapport primitif qui nous a donné un placenta si volumineux; la même considération expliquerait un cordon trop court. Le placenta, en effet, est presque sessile à l'état embryonaire, et ces proportions ne seraient qu'un arrêt de développement dans les modifications des rapports des volumes pendant la période de gestation.

Tels sont les faits que j'ai cru devoir publier; trop heureux, si j'ai pu contribuer pour quelque chose à cette étude peu connue de l'hydropisie de l'amnios.

Dr C. Cauchy.
de Bapaume, Pas-de-Calais, 207.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDEDINE

.....Poursuivons surtout, sans cesse, le respect de nos prérogatives. Je lis toujours avec plaisir chacun de vos articles où nos intérêts sont soutenus ou du moins demandent à l'être, ce qui n'est plus la même chose, à notre époque.

L'exercice illégal de la médecine, quelle plaie! Cependant je vous annonce avec plaisir que notre excellent préfet va faire poursuivre un industriel qui parcourt, depuis trois mois, les villages de ma clientèle et de celle de mes confrères de la façon suivante : il a avec lui un commis : le patron (le médecin si vous voulez) opère dans son cabinet. Il ne se prodigue pas extérieurement; les clients vont chez lui, recrutés par le garçon. Ce dernier parcourt les villages toute la journée nanti d'un panier où sont toutes sortes de médicaments, qu'il vend fort cher bien entendu..... Puis il repasse, barbouille un *certificat qu'il signe du nom* de la personne à qui il a vendu... c'est risible... possible... mais scandaleux.

Pendant ce temps le médicastre reçoit à domicile, ou bien cherche dans son voisinage les âmes pieuses auprès desquelles il se recommande; et, pour donner de la couleur à ses opinions, il s'asseoit à la table du curé et chante le dimanche au lutrin.

Cela dure un mois, deux mois selon que le public est plus ou moins longtemps à se désabuser. Puis les deux compères lèvent leur tente et vont plus loin.

Je vous disais donc que notre préfet est en mesure de les faire poursuivre et expulser. Un bon exemple à suivre.

Je ne puis résister au désir de vous conter le second fait suivant, moins scandaleux, mais qui a son cachet.

C'est une femme, sage-femme reçue à Paris, etc. Mais voici l'affiche apposée à sa porte et dans toutes les gares du réseau de l'Etat :

Mme X... sage-femme de 1re cl., reçue à Paris, *professeur d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris.*

Guérisons de toutes les affections des femmes; maladies de matrice, *démangeaisons*, *stérilité* (sic), etc., par un procédé nouveau dit procédé indien.

Et cette pancarte est exposée aux yeux de nos filles, que nous conduisons avec nous....

Vous saurez maintenant que le successeur de notre cher maître Pajot est un professeur en jupons. Dr R., 16 novembre.

II

Médecine des indigents

Monsieur le Directeur,

Le département du Loiret a organisé le service médical gratuit en 1881 : on a choisi, à cette époque, un ou plusieurs médecins par canton (médecins cantonaux), et on a réglé leur traitement, d'après le nombre des indigents inscrits, très-probablement, puisque nous n'avons pas tous le même traitement.

Depuis lors, le nombre des assistés a augmenté dans des proportions considérables; mais le trai-

tement n'a pas varié. C'est ce qui fait que le département subvient au service médical de dix-sept mille indigents, avec une somme de 27,000 fr... Encore, de ces 27,000 fr., faut-il déduire des frais afférents à la gendarmerie.

Des 26,000 fr. environ qui restent, on prélève la plus grosse part pour les médicaments. C'est ce qui explique comment on arrive au chiffre de 0,75 cent. par an et par indigent, alloué au *médecin*.

Aussi, grâce à cette organisation si simple, le Conseil général du Loiret, transformé pour la circonstance en société d'admiration mutuelle se félicite-t-il sur tous les tons chaque année de tout le bien qu'il fait... *à nos dépens*. Dr X.

Quand on le voudra, dans le Loiret, comme ailleurs on pourra faire redresser cette situation trop primitive. Il est bien facile de faire largesse de notre temps. Il suffit pour réagir de se concerter. Les médecins-légistes de Paris ont obtenu satisfaction immédiate par leur concert.

III

LES DROITS DES OFFICIERS DE SANTÉ

Monsieur et cher Directeur,

Vous m'obligeriez si vous vouliez me *fixer* sur la question suivante :

Un officier de santé peut-il, oui ou non, exercer dans plusieurs départements à la fois alors qu'il s'est fait recevoir pour ces départements ?

La loi de ventôse est cependant formelle.

Dr Trépant.

RÉPONSE

La loi du 19 ventôse an XI qui régit encore actuellement l'exercice de la médecine, porte ceci :

Art. 28. — Les docteurs pourront exercer dans toutes les communes.

Art. 29. — Les officiers de santé ne pourront s'établir *que dans le département où ils auront été examinés* par le jury, après s'être fait enregistrer.

Ce texte est très-clair et la Cour de cassation a eu occasion d'en donner l'interprétation dans les circonstances suivantes :

Un officier de santé était allé pratiquer son art à l'endroit où il avait été appelé par un client; endroit qui se trouvait *hors* du département où était *établi* l'officier. La Cour de Paris n'avait vu là aucune infraction au texte de la loi et de savants médecins (MM. Olivier d'Angers, Velpeau, Adelon), commentant cet arrêt, avaient écrit (Annales de médecine légale, 1841), « que la prohibition de *s'établir* hors du département où il avait été reçu, n'empêchait pas l'officier de santé *d'aller* exercer *partout* où l'appelait la confiance d'un client; mais l'empêchait seulement de *fixer sa résidence* ailleurs que dans le département où il avait été reçu. »

Contrairement à cette opinion et conformément au texte de la loi, la Cour suprême a décidé que les officiers « de santé étaient sans droit pour exercer hors des limites du département, *lors même qu'ils y sont appelés*. »

L'officier de santé est donc forcément confiné dans les limites du département où il a été reçu.

Le Conseil judiciaire, L. Oudin.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Nouveau moyen de combattre la fluxion hémorrhoïdaire.

Dans la *Revue médico-chirurgicale*, M. le docteur Chéron fait connaître le pansement qu'il emploie pour combattre l'état congestif de l'utérus, et l'engorgement qui en résulte. Ce pansement qui est basé sur le pouvoir exosmotique de la glycérine, pour être employé sous forme de suppositoires vaginaux faits avec cette substance rendue solide par l'addition d'une petite quantité de gélatine blanche.

Ayant eu maintes fois l'occasion d'observer les bons effets thérapeutiques de ce pansement, dans les cas indiqués par notre savant confrère, j'ai eu l'idée de combattre par les mêmes moyens la fluxion hémorrhoïdaire.

J'ai donc fait faire des suppositoires ainsi composés :

Glycérine.	3 parties
Gélatine.	1 partie
Extrait de belladone ou d'opium.	2 centigr.

La gélatine est fondue dans la glycérine, à la chaleur du bain-marie ; puis la solution est coulée dans des cartes à jouer, roulées en forme de cône. Par le refroidissement, elle se prend en une masse solide et élastique d'une consistance suffisante pour permettre l'introduction du suppositoire dans l'anus.

La glycérine employée doit être celle que recommande le docteur Chéron, c'est-à-dire que cette substance doit être neutre et qu'elle doit marquer 30° à l'aréomètre de Baumé.

Les résultats de cette médication ont dépassé mon attente. Une amélioration notable se produit dans le premier pansement, et il est rare qu'il en faille plus de trois pour dissiper entièrement la fluxion hémorrhoïdaire.

Le suppositoire doit être introduit aussi profondément que possible. Une heure environ après son introduction, le malade éprouve un vif besoin d'aller à la garde-robe. Cette première garde-robe est toujours aqueuse; elle résulte de l'affinité de la glycérine pour l'eau. Cette action s'exerce à travers la membrane muqueuse qui revêt les tumeurs hémorrhoïdales et produit leur déplétion.

Dr Mac Auliffe,
Ile de la Réunion (Saint-Denis).

(Journ. de méd. et chir. prat.)

Cyanobromure de potassium et d'ammonium

Sédatif très-énergique du système nerveux, ganglionaire et cérébro-spinal.

Il y a plusieurs années que j'emploie cet agent thérapeutique sous toutes les formes. J'en ai obtenu de très-bons résultats contre les névroses en général: l'épilepsie trouve en lui un puissant adversaire.

Cinquième observation. — Une fille âgée de vingt-et-un ans, épileptique depuis trois ans, avait au début de sa maladie, un accès tous les huit jours, puis tous les deux ou trois jours.

Plusieurs traitements ayant échoué, elle fut confiée à mes soins en juin dernier 1880. Je la soumis à l'usage du cyanobromure de potassium et d'ammonium. Sous son influence, les accès furent éloignés de plus en plus; il y a quatre mois qu'ils n'ont pas reparu. Dr Sempé.

VARIÉTÉS

La *Revue scientifique* publie la lettre suivante, qui contient des réflexions fort justes :

Paris, le 24 septembre 1880.

A. M. Ch. Richet.

Mon cher confrère et ami,

De retour d'un congrès tenu à Bruxelles, où j'étais délégué par l'Académie de médecine, je communiquais, il y a peu de jours, à notre secrétaire perpétuel, les tristes réflexions qu'avait fait naître en moi la belle installation de l'Académie de Belgique, lorsqu'on la compare à la nôtre. En Belgique, logée dans un palais (l'ancien palais ducal), l'Académie occupe un local digne de cette institution : salles nombreuses pour les comités, bibliothèque vaste et bien éclairée, salles pour les urénions ordinaires et extraordinaires.

Rien ne manque à cette installation, tout fait défaut à la nôtre. Salle obscure, ne pouvant contenir tous les académiciens s'ils étaient exacts aux séances, bibliothèque exiguë et incommode, notre dénument est aussi complet que possible. M. Béclard m'a prié de vous transmettre mes impressions, c'est ce que je m'empresse de faire. Permettez-moi d'ajouter un mot, c'est qu'il est facile de remédier à ce triste état de choses. Il suffirait de consacrer le palais du quai d'Orsay, dont on laisse depuis dix ans les ruines augmenter de jour en jour, à l'Académie de médecine et aux sociétés savantes et d'en faire le palais des sociétés savantes.

L'Académie y trouverait un local digne d'elle, et de plus les nombreuses Sociétés savantes (Sociétés de médecine, de biologie, de chimie, de statistique, etc., etc.) s'empresseraient de louer à l'État des locaux appropriés à cet usage.

Ce projet est le plus économique de tous ceux présentés jusqu'ici, et je crois qu'il mérite d'être soutenu par la presse et par le Parlement; je le soumets à votre haute compétence et vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de ma cordiale sympathie.

DUJARDIN-BEAUMETZ.

On ne fait rien, en effet, de ces ruines, qui pourraient être restaurées et affectées au logement de services publics ou de Sociétés publiques, dans le genre de l'Académie de médecine, etc.

BIBLIOGRAPHIE

L'eau froide, ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux, par le Dr Adolphe Bloch, ex-médecin de l'hôpital du Havre. Paris, 1880: in-18 de 170 pages, 2 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19. Paris.

Disons tout de suite que nous avons lu cet ouvrage avec le plus vif intérêt. L'auteur commence par bien mettre en évidence un fait laissé dans l'ombre, et souvent passé sous silence, dans la plupart des ouvrages qui traitent de l'hydrothérapie, nous voulons parler de l'action perturbatrice exercée sur le système nerveux, par l'eau froide, en applications externes. Cette action perturbatrice joue cependant le rôle principal, et notre confrère le démontre en s'appuyant sur les expériences faites par nombre de savants, et sur l'analyse rigoureuse des faits qu'on peut observer tous les jours.

Les propriétés de l'eau froide bien établies, le docteur Bloch en déduit les applications rationnelles qui peuvent en être faites, principalement dans certaines maladies aiguës, et dans l'état nerveux. Nous ferons une remarque sur l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde.

Nous voulons bien admettre qu'il y ait eu des succès enregistrés, mais nous aurons toujours présents à l'esprit plusieurs malades, qui, traités de la sorte par un partisan des immersions froides à outrance, ne trouvèrent en quelque sorte dans le bain, qu'un passeport pour aller dans l'autre monde.

Cette petite réserve formulée, nous suivons l'auteur dans l'application de l'eau froide à ce genre indécis d'affections qu'on est convenu de désigner sous le nom d'état nerveux. Le docteur Bloch entre ici dans des considérations parfaitement justes, et que nous regrettons de ne pouvoir énumérer. L'ouvrage se termine par un résumé sur la valeur de divers procédés hydrothérapiques : douches, drap mouillé, etc.

Somme toute, nous avons trouvé dans ce petit volume des conseils utiles aux praticiens, et nous estimons que tout médecin, soucieux d'être renseigné sur les bons effets de l'hydrothérapie, voudra parcourir ces quelques pages qu'il lira certainement avec beaucoup de fruit.

Dr E. S.

De même qu'il y a une géographie physique, commerciale, industrielle, etc., de même il y a une géographie pathologique qui comprend deux objets principaux : l'étude des affections spéciales à chaque contrée et les variations que les différents climats impriment à la marche de la même maladie.

Il est évident que le médecin qui ne se contente pas d'étudier uniquement les maladies de son pays, mais qui s'efforce d'acquérir des notions suffisantes sur les autres affections qui se rencontrent à la surface du globe, sera plus à même de faire des comparaisons utiles, des généralisations heureuses et des déductions pratiques importantes. C'est à ce propos, que nous signalons les *Eléments de pathologie exotique*, par le docteur Nielly, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest (1), qui constituent un heureux complément à nos livres habituels de pathologie. Ce volume se divise en trois parties ; les maladies infectieuses, fièvre jaune, choléra, peste, etc., les maladies des organes et des appareils si nombreuses et si terribles dans les pays tropicaux; enfin, les animaux et les végétaux nuisibles.

Cette dernière partie n'est pas la moins intéressante, ni la moins pratique, puisque l'auteur passe successivement en revue, les animaux et les végétaux qui vivent en parasites sur l'homme ou qui peuvent lui nuire, en le blessant, en lui inoculant des venins, ou en lui fournissant des poisons.

Il est certain que plusieurs de ces derniers fourniront, quand ils seront mieux étudiés, des ressources importantes à la thérapeutique. Enfin, l'auteur termine par une étude sur les flèches empoisonnées et sur les poisons d'épreuve. Ce court exposé suffit à donner une idée suffisante de l'utilité de ce livre dans lequel M. Nielly nous a donné la quintessence de toutes

(1) Un vol. in-12 d'environ 800 pages avec 29 figures dans le texte. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. Prix : 10 francs.

les monographies parues jusqu'à ce jour, sur les affections exotiques. Les figures représentent quelques-unes des déformations caractéristiques de certaines maladies et un grand nombre de poisons vulnérants ou toxiques par ingestion. Dr A. B.

L'administration informe les adhérents du Concours médical, *fondateurs ou participants, qu'une réunion préparatoire de la réunion générale qui sera appelée plus tard à voter l'organisation définitive, aura lieu, à Paris, dans l'après-midi, à 4 heures, dans la première quinzaine de décembre.*

Nous ne pouvons prévoir, dès aujourd'hui, le nombre des assistants. En conséquence, il est indispensable que ceux des membres du Concours *qui veulent participer à cette réunion, nous fassent, dès aujourd'hui, connaître leur intention. Selon le nombre des avis, nous pourrons choisir et faire connaître ultérieurement le local et le jour.*

Nos correspondants sont priés de mentionner en outre, s'ils désirent assister, après la réunion, au repas, dont le prix est fixé à 10 francs.

AVIS : — Les correspondants qui adressent des communications, qui doivent être publiées, sont priés de ne point écrire au verso de leurs manuscrits.

Prière d'indiquer lisiblement, dans chaque lettre, la résidence, le département, le numéro d'inscription pour les fondateurs et le nom du correspondant.

Ces omissions obligent à des recherches très-longues qu'il est facile de nous éviter.

CORRESPONDANCE

— Dr L., à B. (Yonne), 15 novembre.
Ce que vous dites est trop vrai : » *Il serait vraiment temps que, dans notre profession, si largement mise en coupe réglée par tout ce qui nous entoure, nous pussions établir, avec le temps, une confraternité mieux comprise. Elle n'existe, aujourd'hui, à de rares exceptions près, qu'entre confrères assez éloignés pour n'avoir pas trop de points de contact.* » Établissons plus complète cette union à distance; l'autre viendra par surcroît; les jeunes gens le veulent; ils y arriveront.

— Dr B., au G.-C., Paris, 15 novembre.
Nous attendons votre visite avant la réunion.

— Dr R., à A. (Seine-et-Oise), 16 novembre.
Le propriétaire a votre lettre et vous répondra.

— Dr C., 272 (Basses-Pyrénées), 17 novembre.
« *Vous avez ouvert une voie toute nouvelle et montré que le droit chemin pourra amener l'entente générale. Je m'associe à vos vues de tout cœur, etc...* » Oui, la boîte d'urologie sera bientôt à la disposition des lecteurs du *Concours;* il y aura deux modèles; un complet, le deuxième strictement suffisant. Oui, le stylographe doit vous dispenser de toute autre plume. Nous ne faisons plus usage d'autre chose. La réduction pour les adhérents est de 15 pour cent. Le calcul est facile, selon le numéro choisi. — Inscrit votre confrère.

— Dr P., à Ch., 797.
La question que vous soulevez mérite toute attention. Vous devez nous fournir des éléments très-précis. Le plus tôt sera le mieux.

— Dr Q., 819, 18 novembre.
Oui, on insérera en supprimant ce à quoi vous tenez assurément le moins; ce qui vous est personnel.

— Dr H., à G. (Orne), 18 novembre.
On pourra vous adresser toute la collection 1880, sauf deux numéros épuisés (à 25 cent. par exemplaire). Vous êtes inscrit. Si l'occasion se présente, on verra à vous trouver la gestion que vous souhaitez.

— Dr C., à L. (Rhône), 18 novembre.
Votre changement vous permettra de rendre au *Concours* plus de services encore que le passé. Souhaits de réussite.

— Dr L., à L.-T. (Seine-Inférieure).
On transmettra votre observation à M. G. Nous espérons que vous réussirez à rendre à notre jeune confrère R. cet important service.

— Dr B., à P. (Seine-et-Oise), 19 novembre.
Nous serons particulièrement heureux de vous voir ce jour-là. Faites tous vos efforts.

— Dr S., à St-M., 19 novembre.
Avec plaisir de votre part. On examinera quelle peut être la situation de cette catégorie d'adhérents.

— Dr L.-L., à M. (Seine-et-Marne), 19 novembre.
Merci de votre communication. Ce sera pour le prochain numéro.

— Dr C., à M. (Jura), 19 novembre.
Nous ferons part à notre confrère. Nous verrons et vous écrirons.

— Dr R., au M. (Indre-et-Loire), 20 novembre.
Merci de l'article, il était déjà à l'imprimerie.

— Dr D., à F. (Haute-Marne), 20 novembre.
Oui, communiquez-nous vos impressions. Ce sera instructif pour les jeunes médecins. On n'avait pas jugé à propos d'adresser deux exemplaires. Mais ce sera fait à l'avenir.

— Dr H., à F. (Sarthe), 20 novembre.
Les termes de votre adhésion nous promettent un concours actif. Vous êtes le bienvenu.

— Dr B., à B., no 111, 21 novembre.
Oui, nous nous préoccupons de cette question, mais n'avons que des éléments insuffisants. Veuillez étudier sérieusement l'organisation et vous efforcer à ce que la dépense que nous acceptons soit de nature à rendre un véritable service aux membres du *Concours*. Il faut innover à ce sujet, sous peine de double emploi. Cette adresse a été publiée dans la correspondance, en réponse à votre lettre. Elle vous aura échappé.

— Dans la réunion de décembre, le Directeur présentera les médecins, membres du *Concours*, qui composeront, *provisoirement*, les Comités de *Rédaction*, d'*Annonces*, d'*Administration*.

Les adhérents du *Concours*, qui désireraient en faire partie, doivent dès ce moment faire connaître leurs *titres*. Il est nécessaire qu'ils puissent se déplacer facilement pour assister aux séances des Comités.

Le *Comité de Rédaction* a pour attributions la partie scientifique du journal. — Le *Comité d'annonces* déclare si, oui ou non, le produit qui réclame la publicité du *Concours Médical* est un produit de *valeur réelle*. — Le *Comité d'administration* déclare si ce produit est ou non *conforme au programme du Concours*. Ce Comité a, en outre, des attributions administratives très-étendues et constitue le principal rouage de l'organisation.

Les choix ne seront rendus définitifs qu'en assemblée générale.

— Dr L., à B. (Pas-de-Calais). — Dr S., à Les-M. (Basses-Alpes). — Dr B., à A., S.-T. (Côte-d'Or). — Dr H., à G. (Orne). — Dr M., à M. (Basses-Pyrénées). — Dr P., à St-M. (Ille-et-Vilaine). — Dr B., à St-M. (Ille-et-Vilaine). — Dr P., à C. (Aisne). — Dr L., à Z. en T. (Aisne). — Dr W., à S. (Aisne). — Dr H., à F.-S.-S. (Sarthe). — Dr L., à L. (Hautes-Pyérnées). — Dr R., à A. (Alpes-Maritimes). — Dr L., à P. (Jura). — Dr P., à T. (Haute-Garonne). — Dr A., à T. (Haute-Garonne). — Dr M., à B. (Haute-Marne). — Dr L., à M. (Seine-et-Oise).

Vous êtes inscrits.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 49 4 décembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Maurice Raynaud, à l'Académie, complète sa communication sur le traitement de la forme cérébrale du rhumatisme par les bains froids. Il ne recule pas devant la crainte des grands mouvements fluxionnaires vers les organes splanchniques, puisque la mort est imminente si on ne recourt pas à la méthode.

Quel est, dit-il, *le chiffre de la température fébrile auquel il faut commencer le traitement par les bains froids ?* — Lorsque les phénomènes cérébro-spinaux graves marchent de pair avec des températures élevées, de 40 degrés par exemple, et même 39.5 avec quelque durée.

Une fois le traitement commencé, quel est le degré maximum de température que l'on ne doit pas tolérer ; celui dont la réapparition, après chaque bain, indique le retour du danger, ou du moins indique la nécessité de continuer à agir dans le même sens?

On doit persévérer dans la refrigération tant que la température tend à se rapprocher des chiffres indiqués.

M. Maurice Raynaud se livre ensuite à des considérations intéressantes qui provoquent l'intervention de M. Bouillaud. Le respectable et savant académicien avait toute autorité en cette matière, et il a fait la part assez belle à l'exposé de son jeune interlocuteur. Nous supposons que la discussion n'a pas dit son dernier mot.

* * *

On annonce qu'une pétition contre la création des aides de clinique se signe parmi les internes des hôpitaux. Pour juger sainement la mesure incriminée, il nous suffira de nous placer au point de vue de l'instruction des élèves. Son organisation est-elle aussi au nombre de celles que l'Europe nous envie? nous en doutons fort. Quand les faits nous seront mieux connus, nous nous rangerons du côté de ceux qui réclament les mesures les plus propres à l'avancement de l'instruction des étudiants, sans nous préoccuper d'autre chose.

Nous venons de recevoir l'intéressant premier numéro du journal hebdomadaire *le Médecin Praticien*, publié par le Dr Paul Labarthe.

« *Le Médecin Praticien* » est un journal absolument indépendant qui, sans s'occuper de ceux que cela pourra blesser, dira toujours ce qu'il croit juste et vrai.

« Je l'ai fondé, libre de toute attache officielle ou officieuse. Je n'appartiens à aucune chapelle, à aucun groupe, à aucun homme. Je suis pour la science et le progrès d'où qu'ils viennent. Je suis journaliste enfin, et veux rester journaliste, parce que j'aime la presse par-dessus tout et que je ne connais pas de plus belle carrière que celle du journalisme quand on la parcourt honorablement. Mon seul but est d'être utile en vulgarisant la science et en luttant librement pour le progrès, etc.

« P. LABARTHE. »

Nous avons lu, récemment, un feuilleton de M. Labarthe, qui réclame la création d'un lieu de retraite, pour les médecins qui n'ont pu parvenir à assurer la tranquillité de leurs vieux jours. — Le journal de notre confrère ne pouvait être que le bienvenu pour nous.

REVUE GÉNÉRALE

PROCÉDÉS SIMPLES DE PANSEMENT AETISEPTIQUE

Le *Concours Médical* a publié déjà, divers articles à ce sujet. Néanmoins nous reproduisons, dans leur intégrité, les conseils que M. Lucas-Championière donne, dans son journal, aux pratieiens dépourvus des ressources et des pièces de pansement indispensables à l'applieation rigoureuse de la méthode.

Tout d'abord ils devront, dit-il, exclure de leur pratique toutes les substances déjà putréfiées comme les cataplasmes, toutes les substances putréfiables, les graisses raneies, et l'eau pure qui transporte les germes et qu'il est facila de remplaeer par une eau inoffensive, et purifier toutes les surfaces qui peuvent reeéler des germes.

Parmi les antiseptiques que l'on peut mettre en œuvre, aucun ne remplace encore bien l'aeide phénique et pour tous les usages il faut savoir l'utiliser et le manier avee sécurité.

Parmi les ineonvénients de eette substanee il en est à connaître; à moins d'une pureté extrême et très-rare, il n'est pas directemeut soluble dans l'eau à haute dose, et on a conseillé de le dissoudre dans une petite quantité d'alcool avant de l'ajouter à l'eau.

Après avoir adopté d'abord eette formule, depuis longtemps nous y avons renoncé, et nous avons remplacé l'alcool par la glycérine, et pour tous les usages chirurgieaux nous employons presque exclusivement les solutions suivantes :

Solution forte :

Acide phénique cristallisé. .	50 grammes,
Glycérine. . , ...	50 à 75 grammes.
Eau.	1000 grammes.

Solution faible :

Aeide phénique cristallisé . .	25 grammes.
Glycérine.	25 grammes
Eau.	1 litre.

L'emploi de la glyeérine permet la dissolution très-parfaite de l'aeide phénique dans l'eau ; elle rend la solution aqueuse beaucoup moins irritante pour les mains du ehirurgien et, d'une manière générale, pour la peau avec laquelle on la met en contact. En outre elle permet de faire la solution extemporanément. Depuis plus d'un an, nous avons dans notre serviee d'hôpital eonstamment préparés des flaeons eontenant : moitié glycérine et moitié acide phénique ; véritable solution titrée servant à faire les solutions phéniquées. Le praticien de campagne peut très-bien emporter avec lui un flacon contenant cette solution.

Pour les délicats qui redoutent l'odeur de l'acide phénique on se trouvera très-bien de formuler ainsi :

Acide phénique cristallisé. .	50 grammes
Acide thymique.	1 gramme.
Glycérine.	50 grammes.

L'addition d'une petite quantité d'acide thymique suffit à masquer en grande partie l'odeur de l'acide phénique.

On mélange le contenu du flacon précédent à un ou deux litres d'une eau quelconque suivant qu'on veut avoir une solution forte ou faible.

Avec ces deux solutions *forte* et *faible* on peut faire toute la chirurgie antiseptiquement. En effet, c'est avec elles que l'on pratique la véritable chirurgie de Lister, pour préparer le malade à recevoir le pansement spécial. Mais sans faire exactement celui-ci, on peut partout laver avee la solution forte les instruments, les éponges, la peau du patient et faire le lavage terminal des plaies.

On emploie la solution faible pour se laver les mains, pour faire d'abondants lavages au cours d'une opération et surtout pour imbiber les linges restés en contaet avec les plaies.

Comment avec ces moyens simples agira-t-on pour panser une plaie? S'il s'agit d'une plaie réeente bien tranchée ou contuse avee ou sans lésions des os, la plaie et ses environs seront lavés avec soin avee la solution forte à plusieurs reprises, ses lèvres seront suturées et on placera un ou plusieurs drains debout. (Ces drains de caoutehouc ayant séjourné auparavant dans la solution forte.)

Pour protéger la ligne de réunion, on placera sur elle une étroite bandelette de taffetas gommé; par dessus un gâteau de eharpie imprégné d'eau phéniquée faible, et par dessus un large morceau de taffetas gommé. Ce pansement peut toujours rester vingt-quatre heures en place. A chaque pansement, on déplace le tube pour le nettoyer et le raccourcir. Retirer de bonne heure les sutures et le drain.

S'il s'agit d'un pansement d'abcès, voici la manière de proeéder.

D'abord s'abstenir de tout eataplasme.

Il y a bien dix ans que je n'ai prescrit un cataplasme sur un abcès ouvert et j'ai une longue expérience de ce proeédé que M. Trélat exposait récemment au congrès de Reims et auquel M. Rochard apportait un appui par le récit de la cure des abeès du foie due à la méthode antiseptique. Nous savons que l'on a quelque répugnance à rejeter l'émollient classique; et cependant il suffit d'avoir agi de la sorte une ou deux fois pour s'apereevoir que l'on calme aussi bien la douleur, et que l'on abrège la durée de la suppuration des deux tiers ou des trois quarts du temps.

Quel que soit l'abeès, avant de l'ouvrir on lave avec soin la région à l'eau phéniquée forte, surtout si elle a été recouverte d'un eataplasme. On ouvre avee un bistouri trempé dans l'eau phéniquée ; on vide l'abeès et on injecte dans sa cavité de la *solution forte* (il faut que la sortie du liquide soit bien libre). On plaee dans l'orifice un bout de tube de caoutchouc debout et pouvant être attiré au dehors par un fil.

On prend un fort gâteau de eharpie que l'on imprègne d'eau phéniquée faible, et par-dessus on met une feuille de taffetas gommé que l'on fixe bien.

Ce pansement ne sera renouvelé que toutes les vingt-quatre heures. Pour ce faire, on retire le tube pour le laver et le raccourcir. Sauf exception, on ne fait pas de nouvelles injections dans la po-

che et on place un autre gâteau de charpie imprégnée.

On est tout surpris de voir, sous l'influence de ce traitement, combien les poches d'abcès suppurent peu, que la rougeur des plaies est insignifiante, que la douleur du phlegmon est soulagée tout aussi bien que par le cataplasme. Il est vrai que si ce soulagement manquait, une injection sous-cutanée de morphine soulagerait mieux que tous les cataplasmes du monde.

J'ai traité de la sorte des abcès grands et petits, abcès périnéphrétiques, abcès de la fosse iliaque, phlegmon de la paume de la main, abcès du sein, etc. Pour tous, la suppuration est très-atténuée, les cicatrices sont beaucoup moins apparentes; pour les abcès de la paume de la main, les complications dues à l'inflammation des gaînes, les raideurs consécutives ne se voient plus.

Pour les abcès du sein largement ouverts et traités de la sorte, il est très-rare que les abcès multiples se montrent.

Cela est beaucoup d'acquis et comme on le voit, avec des procédés qui simplifient énormément pansement et traitement. Mais il ne faut pas se faire l'illusion que l'on obtient ainsi, les résultats du véritable pansement de Lister, la suppression absolue de la suppuration, l'arrêt immédiat du phlegmon, les cicatrices linéaires invisibles. On s'approche cependant assez de cet idéal pour se tenir très-satisfait d'avoir abandonné les anciens procédés de la chirurgie. Cette suppression de la suppuration d'une poche d'abcès est le phénomène qui frappe le plus les chirurgiens habitués aux anciens procédés : MM. Trélat et Rochard l'ont vivement fait remarquer à Reims. Pour les adeptes de la méthode de Lister c'est depuis longtemps un fait vulgaire.

On peut appliquer à toute la chirurgie, des procédés antiseptiques analogues, et cela d'autant plus facilement que ce sont toujours et en toutes régions les mêmes moyens à employer.

Voici par exemple la manière dont nous traitons l'opération de la hernie étranglée quand le pansement de Lister ne peut être fait.

Mêmes précautions de lavage des instruments, des aides et de la région.

Après le débridement, extirpation du sac; lavages à l'eau forte, suture profonde au voisinage du collet, sutures superficielles, drainage avec le tube debout; un petit lambeau de taffetas gommé sur les sutures, une pile de fragments d'agaric imprégnés d'eau phénique faible, un peu de ouate; large taffetas gommé et spica. Pansement au bout de deux jours seulement. On retire le tube, on le lave, puis on le replace après l'avoir raccourci. Enlèvement des sutures du troisième au quatrième jour, pansement quotidien. La guérison est d'ordinaire rapide et sans fièvre.

Dans le cas spécial des accouchées, je pratique un pansement prophylactique dont je recommande l'usage à tous les confrères. Dans mon service d'hôpital je suis arrivé à ce résultat, opérations obstétricales avec mortalité moindre que celle des accouchements naturels, mortalité du reste très-faible. Fait paradoxal que j'attribue à ce que pour les accouchements naturels je n'ai pu encore obtenir les soins et précautions nécessaires aussi bien que pour les opérées. J'ai la conviction absolue que l'on arrivera en les suivant, à une mortalité hospitalière moindre que la mortalité urbaine.

Défense à tout élève d'examiner une femme sans s'être lavé à l'eau phéniquée faible, et enduit les doigts d'huile phéniquée au dixième.

Pour une femme qui accouche, on lave les parties génitales avec la *solution forte* et souvent si l'accouchement dure, on lui met sur la vulve une compresse imprégnée d'eau phéniquée faible.

Après l'accouchement, lavage de la vulve à l'eau phéniquée forte, et dépôt sur la vulve d'un linge épais imprégé d'eau phéniquée faible, retrempé quatre ou cinq fois le jour. Jamais d'injections vaginales.

Pour les accouchements à intervention, lorsque les instruments ou la main ont pu permettre à des germes de s'introduire, immédiatement après la délivrance, injection abondante d'eau *phéniquée forte* dans le vagin pénétrant aisément jusque dans l'utérus. Contre toute attente cette injection caustique qui altère profondément la couleur du sang, qui revient couleur lie de vin, ne produit que rarement un peu de cuisson passagère.

Après cela, compresse d'eau phéniquée faible sur la vulve et point d'autre injection vaginale les jours suivants.

Tel est le pansement très-simple auquel sont soumises ces femmes tant qu'elles ont de l'écoulement et dont le premier effet est de supprimer d'une manière presque complète l'apparition des lochies fétides. Dans les lochies les organismes sont absents; quand il y en a ils sont rares et sans vitalité. La convalescence est plus rapide, les complications bien plus rares.

Par ces exemples brièvement signalés on peut voir combien il est facile de remplir les indications principales de la méthode antiseptique et de se garantir du plus grand nombre des complications auxquelles nous sommes exposés de par nos habitudes chirurgicales. On peut même varier les topiques dans une certaine mesure, car si nous employons l'acide phénique ce n'est pas à cause d'une prédilection personnelle pour une substance indispensable; mais elle de beaucoup la plus commode et la plus économique.

L'acide salicylique est infidèle, l'acide thymique est caustique et peu maniable. Cependant nous avons souvent employé surtout chez des accouchées l'antiseptique de Pennès étendu d'eau. C'est une solution acétique d'acide phénique, d'acide salicylique, et d'essence d'eucalyptus. Elle rend de véritables services pour les lavages. Pour la pulvérisation l'acide salicylique qu'elle contient la rend impossible, parce qu'elle est trop irritante pour les voies respiratoires.

Comme topique sur les plaies on emploie avec grand avantage l'acide phénique dissous dans l'huile :

Soit :

Acide phénique cristallisé.	10 grammes
Huile d'olives.	100 grammes

Soit, dans quelques cas plus rares, la solution plus forte :

Acide phénique cristallisé.	20 grammes
Huile d'olives.	100 grammes

Malgré ces proportions élevées d'acide phénique les solutions huileuses ne sont jamais irritantes et on peut les appliquer directement sur les plaies ou en imprégnant du linge ou de l'ouate dégraissée.

Pour graisser les doigts ou les instruments, la première solution est excellente.

On fait encore un excellent topique antiseptique avec de la glycérine phéniquée :

Acide phénique cristallisé.	10 grammes
Glycérine.	100 grammes

dont on imprégne de l'ouate, de la charpie ou du linge.

Autant que possible, par-dessus ces substances on mettra un imperméable, taffetas gommé, ou autre pour ralentir la volatilisation de l'acide phénique.

Quelquefois l'acide phénique détermine de l'irritation. Il détermine quelquefois des intoxications qui se traduisent par des malaises, de l'embarras gastrique et surtout par la coloration noire des urines. Dans l'immense majorité des cas cela tient à ce qu'on laisse séjourner du liquide injecté dans des clapiers. Beaucoup plus rarement, il s'agit d'une susceptibilité individuelle à l'acide phénique ; il faut s'en défier pour les individus en état de marasme.

Enfin les enfants ont pour l'acide phénique une susceptibilité véritable et on devra, pour eux, le manier avec de réelles précautions. Un autre antiseptique moins puissant mais très-précieux aussi, l'acide borique le suppléera dans ces cas.

On emploiera comme solution aqueuse une solution d'acide borique saturée. L'eau à la température ordinaire n'en dissout guère que 3 à 4 grammes. On peut employer une solution dans la glycérine qui en dissout bien 7 à 8 grammes, et surtout on emploiera la pommade suivante que nous utilisons, tous les jours et très-largement, sur des surfaces excoriées, brûlées, ulcérées après développement d'impétigo et d'eczéma :

Acide borique pulvérisé.	20 grammes
Vaseline.	100 grammes

Si l'on veut en faire une pommade très-jolie à l'œil, on fera dissoudre l'acide borique au préalable et à chaud dans un peu de glycérine.

Chez les enfants, nous avons employé très-largement l'acide borique, traitant les plaies et les abcès avec la solution d'acide borique employée comme plus haut la solution d'acide phénique et nous avons obtenu des résultats très-analogues.

Nous avons donné un formulaire rapide applicable à la chirurgie la plus commune. Il serait utile d'y joindre bien des considérations de physiologie pathologique ; la place nous manque, et du reste nos lecteurs savent déjà quels sont les principes et les tendances de cette révolution chirurgicale. Ce sont des indications toutes pratiques que nous avons voulu donner et nous ajouterons encore que le praticien peut employer dans le même but une foule de substances qu'il a tous les jours sous la main et qui, pour la plupart, étaient employées par les anciens chirurgiens que leur esprit d'observation avait conduits dès longtemps à préférer les substances antiseptiques aux topiques putréfiables.

Le borax, l'alun, le tannin, le sulfate de zinc, le chlorure de zinc sont de grandes ressources. La térébenthine et toutes les résines sont précieuses. Le goudron est un antiseptique excellent et certaines décoctions sont suffisamment antiseptiques dans les milieux peu dangereux, celles d'écorce de chêne, de brou de noix, de feuille de noyer, etc.

On peut remarquer pour celles-ci, comme pour l'acide phénique lui-même, que toutes ces substances étaient connues et employées depuis longtemps. Ce qui caractérise la chirurgie actuelle c'est la notion exacte de leur puissance, la poursuite des germes, et leur emploi méthodique. Celui-ci n'avait jamais été fait et permet seul la régularité des résultats et la protection efficace des plaies.

(*Journal de médecine et chirurgie pratiques.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MÉDECINS ET PHARMACIENS

I

Monsieur le directeur,

Le pharmacien de ma localité refuse d'exécuter la plupart de mes ordonnances, protestant qu'il n'a pas les substances réclamées, toutes inscrites d'ailleurs au codex (acide chlorhydrique, casse, sel de Seignette, etc.). — Mes malades supposent que je n'ordonne que des remèdes inconnus et que je veux expérimenter. D'autres, craignant de ne point voir exécuter correctement mon ordonnance, s'adressent ailleurs.

Le pharmacien ne peut tenir ainsi entre ses mains notre clientèle, en refusant d'exécuter notre prescription, etc. Que dois-je faire dans un pareil cas? etc.

Agréez, St M., 30 octobre 1880. Dr L.

Réponse. — Le pharmacien doit avoir chez lui, tous les médicaments inscrits au *codex*. Si, par insouciance ou mauvais vouloir, il manque du produit médical que le médecin juge utile de prescrire, les plaintes doivent être adressées au préfet qui en réfère au jury médical.

La justice n'a aucune action dans ce cas, sur le pharmacien; mais les tribunaux se sont montrés souvent favorables au médecin poursuivi pour fourniture de médicaments à ses malades, dans un pays où il n'y avait qu'*une* pharmacie *insuffisamment* approvisionnée.

Si d'une part, le pharmacien avait la latitude de ne pas exécuter les ordonnances médicales, et que, d'autre part, il lui fût loisible de délivrer toute espèce de remèdes, comme le souhaite M. Crinon, dans l'article ci-dessous du Répertoire de pharmacie, quelle serait donc la situation du médecin!

La concession faite aux médecins à la fin de l'article, nous semble bien illusoire en pratique. Si la loi consacrait les désirs de M. Crinon, — on en viendrait nécessairement à consacrer aussi la liberté de l'exercice de la pharmacie par le médecin.

Ce que devrait être la loi nouvelle relativement au commerce des substances vénéneuses et au débit de médicaments sans ordonnanee de médecin par M. Crinon.

Nous avons dit, dans un des derniers numéros de ce Recueil (page 420), que la loi et la jurisprudence de la Cour do cassation étaient rigoureuses, à l'excès à l'égard des pharmaciens qui délivrent des médicaments composés sans ordonnance de médecin. Nous espérons que, dans la loi nouvelle, on ne retrouvera pas ces rigueurs qui la rendraient infailliblement aussi peu exécutable que la loi de germinal, et nous formons des vœux pour que les pouvoirs publics ne se laissent pas entraîner par les médecins dans une voie contraire à l'intérêt du public, à ses habitudes et à sa volonté.

Nos espérances pourraient bien être déçues, si nous devons en croire les bruits qui sont arrivés jusqu'à nos oreilles. Il paraît que quelques-uns des personnages chargés de collaborer à la préparation du projet de loi qui doit être soumis au Parlement, n'hésitent pas à demander que les prérogatives des pharmaciens ne soient pas augmentées par la loi nouvelle; ces puritains (qui, d'après ce que l'on raconte, sont sévères pour les autres et indulgents pour eux-mêmes), ces puritains, disons-nous, ne comprennent pas que le pharmacien ait le droit de débiter aucun médicament sans que le médecin l'ait prescrit; si l'on essaye de leur faire comprendre qu'il est impossible de rééditer une prohibition à laquelle les pharmaciens n'ont jamais obéi et que les exigences du public rendraient inobservable, ils répondent, sans éprouver le moindre embarras, qu'il est indispensable d'inscrire dans la loi l'interdiction en question, sauf à ne pas poursuivre les infractions commises journellement par les pharmaciens.

Cette théorie juridique n'a certainement aucune chance d'être acceptée par les pouvoirs publics; mais il est assez curieux de rencontrer des personnes capables de soutenir qu'une loi doit être conçue de telle façon qu'elle ne soit pas exécutable.

Nous ne garantissons pas l'exactitude des renseignements qui nous sont parvenus; mais certains confrères, qui se prétendent bien informés, croient savoir de quelle manière le projet de loi tranchera la question qui nous occupe. On diviserait, paraît-il, le Codex en deux parties; l'une de ces deux parties comprendrait les médicaments que le pharmacien pourrait débiter sans ordonnance de médecin, c'est-à-dire les substances simples non toxiques, un certain nombre de préparations officinales non dangereuses; quant aux substances simples vénéneuses et aux préparations officinales actives, comme le laudanum, le sirop de morphine, etc., elles seraient comprises dans la deuxième partie et le pharmacien ne devrait les délivrer que sur une prescription médicale.

Cette demi-mesure serait une atténuation incontestable du régime actuel; mais elle ne donnerait pas encore suffisamment satisfaction aux pharmaciens et au public. En effet, les pharmaciens se trouveraient encore, dans bien des cas, obligés de délivrer certains médicaments dont la vente ne serait pas libre; d'un autre côté, les pharmaciens violeraient la loi chaque fois qu'ils renouvelleraient une potion, ou une pommade, ou des pilules ou quelque autre préparation. Ces renouvellements ont lieu très-fréquemment et nous ne connaissons que très-peu de médecins qui prennent l'habitude d'écrire une nouvelle ordonnance pour dire que le médicament antérieurement prescrit doit être réitéré; en général, il donne cette indication verbalement au malade. Lorsque la loi sera modifiée dans le sens que nous venons d'indiquer, les choses continueront à se passer de la même façon, et le pharmacien se trouvera encore dans une situation ne lui permettant pas de se conformer à la loi.

Selon nous, il n'y a qu'un moyen de remédier aux graves inconvénients que nous venons de signaler: c'est de laisser les pharmaciens libres de délivrer, sur la demande de l'acheteur, tous les médicaments simples ou composés, toxiques ou non, qui leur seraient demandés. Nous ne faisons d'exception que pour les *substances simples* les plus dangereuses, celles qui sont douées de vertus éminemment vénéneuses, et encore cette restriction ne devrait-elle, à nos yeux, s'appliquer qu'aux cas où ces substances seraient délivrées *en nature* et *sans mélange*. Il nous paraît indispensable d'introduire dans la loi l'exception qui précède, afin qu'il soit impossible au public de se procurer certains poisons sous une forme permettant facilement la perpétration d'un crime. Il est évident en effet, que le sirop de morphine, le sirop de digitale, les granules d'acide arsénieux, par exemple, pourraient être délivrés par les pharmaciens sans qu'il y eût à craindre que ces divers *médicaments composés* fussent employés pour une tentative criminelle; les mêmes garanties n'existeraient plus pour le public, si la morphine, la digitaline ou l'acide arsénieux, qui sont des *substances simples*, pouvaient être délivrées librement *en nature* et *sans mélange*. A notre avis, le nombre des médicaments faisant l'objet de l'exception en question devrait être excessivement restreint et limité aux poisons les plus actifs, comme l'acide arsénieux, les sels arsénicaux, les alcaloïdes vénéneux, etc.

La liberté que nous réclamons pour le pharmacien, et qui est d'ailleurs inscrite dans le projet de loi élaboré par l'Association générale des pharmaciens de France, paraît excessive aux médecins qui, de tout temps, ont prétendu que les malades devaient être privés du droit de se procurer, sans recourir à leurs conseils, les médicaments qu'il leur plaît de s'administrer. Une semblable prétention nous paraît exorbitante, attendu que nous considérons les malades comme devant avoir la liberté de se soigner à leur guise et sans consulter le médecin.

Les malades, disent les médecins, sont des mineurs qu'il faut absolument protéger et dont la loi doit sauvegarder la santé, même malgré eux. Ce raisonnement n'a, à nos yeux, aucune valeur, et, si cette protection est nécessaire vis-à-vis des malades, nous ne voyons pas pourquoi elle ne s'exercerait pas également à l'égard des personnes qui se nourrissent de telle ou telle façon alors qu'une autre alimentation, ou même la diète, serait plus convenable à leur tempérament. Dans le même ordre d'idées, on devrait encore obliger les citoyens à se soigner quand ils ne le veulent pas; ils ne devraient se loger et se vêtir que dans des conditions déterminées à l'avance; on devrait enfin les forcer à observer certaines règles hygiéniques, sous prétexte que ces règles ont pour but de prévenir les maladies.

On n'a jamais eu la pensée d'empêcher les couteliers de vendre des couteaux, et les armuriers de vendre des revolvers, et pourtant ces armes sont fréquemment employées pour commettre un homicide. Nous ne réclamons pas une liberté aussi complète pour le pharmacien, puisque nous demandons nous-même qu'il ne puisse pas vendre, sans ordonnance, les substances vénéneuses dans l'état où elles peuvent être employées pour la perpétration d'un crime; mais c'est là la seule concession que nous consentions à faire aux principes de liberté que nous avons toujours défendus et que nous défendrons tant que nous aurons une plume pour manifester notre opinion.

Une autre concession que nous faisons très-volontiers, c'est que les droits que nous revendiquons au nom du corps pharmaceutique ne deviendront, dans aucun cas, pour le pharmacien, une occasion de se substituer au médecin et de se livrer ainsi illégalement à l'exerice de la médecine. (*Répertoire de pharmacie.*)

II

Sociétés de secours mutuels

Voici une association départementale qui, transformée, pour la circonstance, en syndicat, a obtenu, elle aussi, un résultat professionnel : Nous remercions le membre du *Concours Médical* de la Nièvre qui vient de nous adresser cet instructif document :

(Extrait du compte-rendu du secrétaire-général de la Société départementale des médecins de la Nièvre, 10 juin 1880).

« Je tiens particulièrement à vous entretenir du succès que, grâce à l'esprit d'association, nous venons d'obtenir ici, auprès d'une société de secours mutuels de nouvelle formation dans notre ville. Les employés de commerce et de bureau, réunis en grand nombre en association de secours, avaient prié leur président de s'adresser par lettre individuelle, à tous les médecins de Nevers, pour demander que chacun de nous fît connaître séparément à quel taux il fixait uniformément le prix de la visite ou de la consultation pour les membres participants de leur œuvre. Il y avait dans cette manière d'agir un danger menaçant l'intérêt général, car des réponses individuelles auraient pu, en raison du mirage souvent décevant des appointements fixes, descendre à un tarif insuffisant ou dérisoire, et créer pour les praticiens de Nevers une nouvelle charge, comportant des profits disproportionnés avec nos soins et nos démarches.

« L'association a eu l'avantage de nous réunir tous dans l'appréciation du prix de nos visites, et il a été répondu, par une lettre collective rédigée par votre Commission et signée de tous les médecins de la ville, que la Société des employés de commerce et de bureau paierait 2 fr. uniformément le prix de la visite ou de la consultation pour ses adhérents. Le prix de la visite de nuit a été fixé à 5 fr. Ces conditions, toutes naturelles, et qui n'ont rien de blessant ni pour l'une ni pour l'autre des deux parties contractantes, n'ont été obtenues que grâce à l'esprit de confraternité qui nous a guidés dans cette circonstance. »

III

Monsieur le directeur du *Concours médical*.

Je vous avais promis quelques réflexions au sujet des sociétés de secours mutuels. Je viens m'acquitter.

Je vous signalerai d'abord un mode de rétribution des médecins dont vous n'avez pas eu connaissance.

Dans une petite ville, existe une *Société de secours mutuels* qui vit à peu près. Il y a plusieurs médecins dans la localité. Chaque membre de la société est libre de choisir son médecin. Jusque-là tout est pour le mieux; mais voici comment les médecins sont rétribués. Chaque année, la société vote une somme fixe pour les soins médicaux, et cette somme est partagée également; de sorte que l'on voit des médecins dont les visites sont payées de 15 à 25 centimes, suivant les années, et d'autres auxquels chaque visite rapporte de 20 à 50 fr. et même plus. Il est vrai que les deux médecins qui se trouvent dans ces conditions, refusent la somme qui leur est allouée; mais, chose bizarre! au lieu de la repartir entre les confrères trop chargés, cette somme rentre tout simplement dans la caisse de la société! Cela se passe de commentaires.

Pour arriver à la pratique, j'estime que vous pouvez nous être d'un grand secours. Voici comment : pour atteindre ce but, l'entente (remarquez bien que je ne parle encore ni de syndicat, ni d'association), l'entente, dis-je, est nécessaire, au moins entre les médecins d'une même localité, ou de deux ou trois localités voisines. Nous n'y arriverons pas du premier coup, certainement. Mais je crois que les différents articles parus dans le *Concours* ont dû convaincre grand nombre de vos lecteurs, et que le meilleur moyen de sortir d'une situation désastreuse est celui que vous indiquez.

Publiez la liste des membres du *Concours*, dès que vous en jugerez le moment opportun et nous concertant, nous n'accepterons que les sociétés de secours mutuels qui, elles, accepteront de leur côté les clauses du traité que vous avez reconnues comme les plus favorables aux deux parties.

S'il n'y a pas d'obstacles que je ne puis prévoir, j'espère qu'une fois arrivés là, nous aurons déjà fait un grand pas pour la défense commune.

Permettez-moi, en terminant, de vous féliciter de l'heureuse inspiration d'organiser par l'intermédiaire du *Concours*, un service d'échange de pièces d'histoire naturelle. Cette idée peut être féconde et recevoir d'amples développements.

Dr L., 541.

IV

INSPECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Monsieur le Directeur,

En qualité de membre fondateur du *Concours Médical*, je vous apporte la primeur du premier jugement rendu, pour cause de non-exécution de la loi sur la protection de l'enfance.

La L., femme de Mormant, avait, l'an dernier, laissé mourir ses deux nourrissons, et les mauvais soins qu'elle leur avait donnés, n'avaient pas peu contribué à leur mort. Aussi, n'ai-je pas cru devoir cette année, lui délivrer le certificat exigé par l'article 27 du règlement. Malgré cela, elle a pris un nourrisson et n'a pas fait à la mairie les déclarations prescrites par la loi (art. 10). Voyant que son nourrisson allait mourir, elle s'est fait délivrer un certificat par un médecin étranger au service et aussitôt que ce pauvre enfant a cessé de vivre, elle en a pris un autre qui a succombé deux jours après.

Désirant mettre ma responsabilité à l'abri, j'ai cru devoir avertir la préfecture, et M. le procureur de la République a poursuivi d'office la femme L.

Le tribunal de Melun, dans sa séance du 16 novembre, a jugé : 1o que le médecin inspecteur avait seul le droit de délivrer, dans la commune où il habite, les certificats de nourrice ; 2o qu'il y avait une seconde contravention pour ne pas avoir déclaré l'enfant à la mairie ; 3o une troisième contravention pour ne pas avoir déclaré la mort de l'enfant dans les délais voulus.

En conséquence, écartant la récidive, le tribunal a condamné la femme L. à 10 fr. d'amende par chaque contravention et aux frais.

Espérons que cette condamnation servira d'exemple aux nombreuses nourrices, qui sont tous les jours en contravention avec la loi que nous avons tant de peine à faire exécuter. La moitié des enfants qui nous arrivent de Paris, nous viennent sans que la déclaration prescrite par l'article 7 soit effectuée, les parents envoyant directement leur enfant en nourrice aussitôt après sa naissance.

Il faudra encore longtemps pour que cette loi, cependant si éminemment utile, fonctionne d'une manière régulière et soit entrée dans l'esprit des populations.

Votre tout dévoué confrère,

Dr Limouzin-Lamothe.

V

SYNDICATS MÉDICAUX

Monsieur le Directeur et très-honoré confrère,

Il est bien rare que chacun de nous ne connaisse pas, « peu ou prou » le député de la circonscription dans laquelle il exerce ; il me semble, que dans ces conditions, si chacun, de notre côté, nous écrivions à ce député, pour lui exposer nos griefs, les injustices dont nous sommes victimes, en le priant de faire modifier les lois, les règlements ou usages administratifs, qui consacrent ces injustices, nous aurions quelques chances d'obtenir un bon résultat ; le moment serait propice, à mon avis, parceque voici le moment du vote de l'impôt.

Que pensez-vous, par exemple, d'un certain « tableau, D » derrière lequel le fisc se retranche, pour nous exclure, nous, médecins patentés, de la demi-taxe sur chevaux et voitures, alors que tous les patentés y ont droit, dont les chevaux et voitures servent à l'exercice de la profession pour laquelle ils sont patentés. De ce fait seul ici, nous payons pour deux chevaux et une voiture, 70 fr. au lieu de 35 francs que nous payerions si nous étions assimilés à n'importe quel patenté.

A propos des syndicats médicaux, contre lesquels je nourris certaines préventions, faute peut-être d'en bien saisir les attributions et le fonctionnement, j'avoue que j'en deviendrais partisan, si ces syndicats, acceptés par le gouvernement, avaient une autorité réelle pour régler les différends entre médecins et clients, comme certaines chambres qui règlent ceux qui surviennent entre patrons et ouvriers.

Ce qui m'a mis en défiance à l'égard des syndicats médicaux, c'est la crainte que sous ce nom, il s'établisse des coteries, qui deviendraient aussi utiles à leurs membres, que nuisibles à ceux qui ne seraient pas avec eux. Et j'ai pour légitimer cette crainte, deux exemples : l'un ayant trait au jury médical, l'autre à des réunions locales de médecins.

Le jury médical, en principe, devait bien sauvegarder un certain nombre d'intérêts tant chez le médecin que chez le pharmacien ; or, que fait-il en réalité ? Si j'en juge par ce qui se passe à peu de distance de moi, le jury médical est tout le contraire de ce qu'il doit être.

Le second exemple a trait à des réunions locales de médecins, tenues non loin d'ici également. Dans le principe, ces réunions étaient composées avec des éléments exclusifs et guidées par des vues non médicales. Parmi les premiers invités, se trouvèrent quelques esprits plus justes qui modifièrent le caractère de ces réunions ; mais la tentative initiale n'en a pas moins été faite.

N'ai-je pas le droit, quand j'entends parler d'entente professionnelle, de syndicats médicaux, n'ai-je pas le droit de redouter une arrière-pensée moins confraternelle que les discours le laisseraient penser ?

Agréez, Monsieur le Directeur et cher confrère, l'expression de mes sentiments de *sincère* bonne confraternité.

Dr M. Barnay.

VI

Monsieur le Directeur et cher confrère,

« Laissez-moi vous dire ce que bien d'autres vous ont dit et vous répéteront bien mieux que moi. Je crois que le moment est venu de nous grouper, de nous soutenir, de nous défendre envers et contre tous et contre nous-mêmes.

Je voudrais avoir tout ce qui me manque : âge, fortune, considération, je mettrais le tout dans la balance pour la faire pencher un peu plus du côté d'une classe de déshérités aussi nombreuse que la nôtre.

Je ne suis pas encore arrivé à l'âge des désillusions, je n'ai pas dit adieu aux aspirations généreuses (qu'aurions-nous alors pour nous soutenir ?). Je ne suis pas un aigri, mais je vois, je coudoie, je partage tant de misères généreuses, courageusement et noblement subies, que je crois comme vous, qu'il y a mieux à faire qu'à nous encourager de la voix et du geste.

Cette chose misérable, la *res angusta domi*, nous étreint et nous paralyse. Nous avons le droit, nous aussi, d'inscrire sur notre drapeau : Vivre en travaillant, mourir en combattant.

Quand nous nous serons comptés et concertés, nous pourrons formuler non-seulement des vœux, mais exprimer nos désirs, formuler des conclusions, en un mot, manifester notre volonté.

En ce temps de liberté, nous sommes réduits, au servage. Les convenances, l'amour-propres l'individualisme nous tuent. En Angleterre, où l'opinion a bien son poids, le médecin s'est fait une autre place qu'en France.

On exige de nous toutes les corvées, tous les sacrifices. On ne compte pas sur notre dévouement, on le met en coupe réglée et on ne nous permettrait pas même d'élever la voix!

Nous pouvons le dire sans orgueil faux: nous sommes l'élite de la population, nous avons pour nous le nombre, nous sommes nécessaires, et nous craindrions d'élever la voix pour demander notre place au soleil! Tous les corps de métiers pourront defendre leurs intérêts, auront leurs chambres syndicales, leurs organes pour l'offre et la demande.

Nous seuls, serions réduits et voués à l'impuissance! La considération publique doit nous suffire. C'est un baume pour nos souffrances et un aliment pour nos enfants?

Est-ce que les notaires et les membres du barreau en vivent, de cette considération qu'on veut bien nous octroyer en paroles, mais qu'on est loin de nous concéder en fait.

Voilà près de trois ans que j'exerce à la campagne, après avoir débuté et exercé près de trois ans à Paris. Je ne suis qu'à cinquante kilomètres de Paris, et je sais que la *lisière vaut moins que le drap;* mais je mets au défi tout honnête homme ayant souci de sa dignité plus que de ses intérêts, d'endurer avec calme les humiliations, les insolences, les grossièretés même administratives, que j'ai déjà subies (je parle des autorités locales).

C'est justement cette considération publique qui nous manque le plus dans certaines campagnes. J'ai dans ma clientèle un rebouteur, ancien chasseur d'Afrique, qui *travaille* plus que moi. Je l'ai poursuivi cette année, et après quinze condamnations antérieures ridicules, il a eu cette fois quinze jours de prison. J'ai dû menacer des religieuses d'agir de même envers elles, et comme leur cas était plus grave, puisque j'avais contre elles, des preuves de diffamation à mon égard, j'ai obtenu gain de cause.

Mais au prix de quels sacrifices, de quelles menaces plus ou moins déguisées? Pour tout dire, par un proverbe vulgaire : *Le jeu n'en vaut pas la chandelle.* On s'épuise de corps et d'esprit, on sent venir l'ankylose de toutes ses facultés, à cette lutte incessante pour le pain et l'existence. Heureux encore, si l'on n'est pas en butte aux calomnies de gens indignes.

— Eh bien! je vous le demande, de quelle juridiction dépendent, par quelle sanction peut-on atteindre de telles infamies? Jusqu'ici je n'en connais qu'une; celle dite légale et je sais ce qu'elle vaut.

Pardonnez-moi ce long entretien; tout ceci se résume par ces mots : Je suis avec vous de corps et d'âme. Serrons-nous, et puisque vous nous avez tendu la main le premier, permettez-moi de serrer la vôtre avec toute l'énergie de mes sentiments les plus dévoués. Dr B.

VII

Monsieur et très-honoré Confrère,

Ainsi que vous l'avez indiqué bien des fois dans le *Concours*, une des plaies de notre profession c'est la difficulté que l'on rencontre dans le recouvrement des honoraires. Bien que vous vous soyez occupé, à plusieurs reprises, de cette question, je ne vois pas que vous ayez indiqué le *remède*, qu'il appartiendrait à notre bienfaisante association de mettre en usage.

Ainsi que vous l'avez fait remarquer, le médecin n'a ni le loisir, ni l'acharnement au lucre qu'il faudrait pour arriver à un résultat utile. Les notes envoyées *une fois*, et restées sans réponse, il n'a d'autre ressource que de s'adresser à l'huissier, ou à des hommes d'affaires qui se chargent *spécialement* des recouvrements.

Il répugne d'avoir recours au premier, bien que dans les campagnes le cultivateur ait une terreur salutaire de l'homme de loi, et s'exécute généralement (toutes les fois qu'il le peut), en face du papier timbré.

Reste donc le bureau de l'homme d'affaires. — Pourquoi n'organiserait-on pas, par toute la France, une *agence de recouvrements* à l'usage des membres du *Concours Médical*, comme nous avons déjà une agence d'assurances, etc.?

L'agent principal, à Paris, saurait trouver dans tous les chef-lieux un agent (qu'il doit connaître par ses relations professionnelles), et qui lui-même aurait des agents secondaires chargés d'opérer les recouvrements dans toutes les localités et dans les campagnes. La plupart des compagnies d'assurances opèrent ainsi, et sans difficultés.

Alors, la *première note* restée sans réponse, le médecin mettrait les créances entre les mains de l'homme d'affaires, (une ou deux fois par an,) et celui-ci se chargerait d'en opérer le recouvrement moyennant un droit de tant p. 100. Tous les trois ou six mois, (ou tous les ans, au moins), il pourrait compter au médecin une somme assez ronde provenant de ces recouvrements tardifs, chose toujours fort bien reçue du praticien qui ne sait jamais quand, ni comment il sera payé.

Cette *incertitude* dans les rentrées est ce qui explique pourquoi un *traitement fixe* si minime qu'il soit, est toujours fort recherché par chacun de nous.

Je vous avoue qu'après dix ans de pratique et de cette *indépendance* que vous vantez si fort (et non sans raison), j'en suis à envier ce traitement fixe et mensuel qui permet au *fonctionnaire*, quel qu'il soit, d'équilibrer son budget et qui lui assure une retraite puor ses vieux jours.

Je sais bien que vous allez me parler de l'*Assurance-Vie* et des *économies* à réaliser dans ce but. Mais parlez donc d'économiser 1,000 à 1,200 fr. par an à quelqu'un qui a bien de la peine à joindre les *deux bouts* et à ne pas reporter les dettes d'une année sur l'autre!

Notre profession devient de moins en moins enviable, et les nouvelles facultés et écoles de plein exercice, en augmentant la concurrence, rendent la position plus critique encore.

A l'époque où je suis venu m'établir ici, la position était tenable: j'étais le plus jeune des trois ou quatre médecins environnants. Depuis cette époque, trois ou quatre médecins ont succédé aux vieux, deux ou trois autres, (alléchés par le voi-

sinage d'une grande ville) sont venus leur disputer la clientèle. Il n'est pas de si petite commune qui n'ait la prétention d'avoir son médecin *résidant* dans le bourg même! Et si l'on demande aux clients qui vous quittent si l'on a démérité en quelque façon de leur confiance, ils nous répondent: — « Non certes, mais vous comprenez, *il faut aller vous chercher à une ou deux lieues*, tandis que L'AUTRE est à deux pas... »

Le paysan du reste (en général), est fort mauvais juge de la valeur intrinsèque de son médecin, et le *charlatan* est sûr de lui plaire plus qu'aucun autre, parce qu'il le flatte en allant au-devant de lui...

Pour en revenir au sujet dont je vous parlais en commençant, je vous donne mon projet d'agence pour ce qu'il vaut: à vous d'en apprécier le côté pratique.

Agréez, je vous prie, mon cher Directeur, etc.
Votre tout dévoué,

E.-L. TROUSSART.
membre fondateur, 953.

TRAVAUX ORIGINAUX

Opération césarienne pratiquée avec succès à Longué (Maine-et-Loire), par M. le Dr Caternault.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, lymphatique, boiteuse par suite d'ancienne coxalgie, et dont le bassin présentait dans son diamètre bi-iliaque un notable rétrécissement. Une première grossesse s'était terminée par un accouchement au forceps.

L'enfant, à terme, était mort par suite des manœuvres qu'il avait fallu employer pour l'extraire.

Enceinte de nouveau en 1879 et à terme le 30 novembre, M. le Dr Caternault, appelé par MM. les docteurs Assier et Chailloux, en présence d'un travail pénible durant déjà depuis trois heures, d'un utérus encore contractile et de l'impossibilité d'appliquer le forceps pour extraire le fœtus, probablement en première position, propose l'opération césarienne qui est acceptée.

Pas de chloroforme, vu l'état d'épuisement et la crainte des vomissements. Un aide maintient la patiente, par la seule pression de l'abdomen. Incision à $0^m,02$ au-dessous de l'ombilic et suivant la ligne blanche dans une étendue de $0^m,25$. Dissection des tissus couche par couche. Grande épaisseur de graisse.

Au moment de l'incision, il s'échappe vers le tiers supérieur de celle-ci, un peu de liquide péritonéal. Peu de sang, aussi l'utérus est facilement et rapidement découvert. Douleurs très-faibles.

L'incision du globe utérin ramené sur la ligne médiane par M. le Dr Chailloux est alors commencée. Elle comprend $0^m,25$ de longueur. Mais il fallut encore la prolonger de $0^m,03$ en contournant l'ombilic, car la contractilité de l'utérus ne permettait pas l'introduction de la main.

Incision de la poche trouvée vide d'eau. Apparition du fœtus. Première position, saillie de l'épaule, procidence du bras droit. Ce bras confié à un aide, M. le Dr Caternault glisse la main sous la tête inclinée vers l'épaule gauche et finit par amener l'occiput à l'ouverture, puis tout le corps, en écartant d'une main l'utérus, serrant le cou entre ses doigts comme dans une boutonnière. Enfant mâle, vivant, mais état asphyxique.

Peu de sang toujours à cause de l'état contractile de l'utérus. Section du cordon, ligature après avoir laissé volontairement échapper quelques gouttes de sang dans le but de prévenir l'asphyxie.

On administre 2 grammes de seigle ergoté à la mère.

Quelques minutes après, la délivrance se fait par la plaie.

Nettoyage de la cavité abdominale. Sutures : une seule au milieu de l'incision utérine; quatre profondes et enchevillées; cinq superficielles pour l'abdomen. Par une ouverture de $0^m,06$ laissée à l'angle inférieur de la plaie, introduction d'un tube en caoutchouc, jusqu'au fond de l'utérus.

Durée de l'opération : 40 minutes, pansement compris. Perte de sang : 180 à 200 grammes au plus.

Le tout fut fait selon les règles et précautions de la méthode antiseptique. Lavages des instruments, linges, éponges à l'acide phénique. Pulvérisations dans la chambre.

Le soir de l'opération, calme; écoulement sanguinolent par le tube à drainage; rien par le vagin. Bouillon, vin vieux, le tout froid.

Grâce aux lavages et pansement phéniqués, au cathétérisme et autres précautions, tout alla bien les jours suivants jusqu'au 5 décembre. Pendant ce temps quatre épingles superficielles avaient pu être enlevées.

Le 5, après avoir introduit un doigt dans le col utérin, M. Caternault provoque par le vagin l'écoulement d'un liquide roussâtre, épais, fétide, mélangé de gaz, analogue à celui qui s'échappe par le tube abdominal. Un tube en caoutchouc est placé dans le col. Grâce à la communication de ce tube avec celui de l'abdomen, il devient facile de faire des lavages abondants à l'eau phéniquée.

Vers les 6, 7, un peu de délire et de malaise.

Améliorations le 8. Insensiblement la santé revient. Le rétablissement est complet le cent-deuxième jour après l'opération. Faisons remarquer ici que M. le Dr Caternault, dans la relation de cette opération, présente un tableau synoptique où l'on trouve jour par jour l'état du pouls, de la température, des urines, la médication, l'alimentation. Le fonds de cette médication se résume en ceci : glace, toniques, précautions antiseptiques. Il va de soi qu'on essayera de combattre la douleur et la fièvre par des moyens appropriés.

Aujourd'hui la mère et l'enfant se portent à merveille.

M. le Dr Caternault, au sujet de sa communication, insiste sur la trop grande rareté de l'opération césarienne, moins dangereuse qu'on ne pourrait le croire et cite bon nombre de succès authentiques à l'appui de cette manière de voir.

Il croit que dans certains cas, et en particulier chez la femme à terme, le péritoine a pu, par les chocs et frottements auxquels il est exposé, perdre de sa grande susceptibilité et devenir apte à subir impunément une intervention chirurgicale. Cette dernière partie contient quelques aperçus curieux et intéressants sur le passé et l'aveuir de la question.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES TACHES VINEUSES PAR LES SCARIFICATIONS LINÉAIRES. (*Thèse Colson.*)

Voici comment opère M. Vidal : après avoir fait l'anesthésie locale avec l'appareil de Richardson, la peau étant bien tendue au-dessus et au-dessous de la tache, il trace, avec une petite aiguille losangique de 3 millimètres de diagonale, une série d'incisions droites, parallèles, distantes de un millimètre et profondes de un millimètre à un millimètre et demi, puis une série d'incisions perpendiculaires aux premières et dans les mêmes conditions qu'elles : on a ainsi limité de petits espaces de peau d'un millimètre carré. A-t-on affaire à un nœvus étendu ; on incline, dans une séance suivante, les incisions, de façon à ne laisser aucun point qui n'ait été sectionné.

Le premier effet de ces incisions est d'amener une hémorrhagie qui cache le champ opératoire, mais on évite cet inconvénient en commençant par les parties déclives et en tendant bien la peau ; au besoin, on s'arrêterait un moment pour essuyer avec un linge en tamponnant. L'opération terminée; on essuie la surface scarifiée et on applique rapidement du papier buvard, hémostatique suffisant, qui a l'avantage d'absorber des incisions mêmes le sang qui mettrait obstacle à la réunion par première intention.

L'hémorrhagie arrêtée, on lave la surface avec un pinceau, on réapplique du papier buvard qu'on enlève cinq à dix minutes plus tard

Les scarifications restent visibles pendant deux ou trois jours, mais huit jours plus tard, lorsque le malade revient, il ne reste pas de traces, la réunion s'est faite par premire intention.

Combien faut-il, pour un espace donné, de scarifications? Au bout de six semaines, c'est-à-dire après six scarifications, la couleur de la tache est moins foncée; mais une amélioration réelle est lente, une tache violette, par exemple, passe par les différentes phases : rouge vineux, rouge grenat, cuivré, rose vif.

Pour un nœvus rose, il faudrait quinze à vingt scarifications, et la peau apparait sans cicatrice appréciable.

C'est en cela que le traitement de M. Vidal est préférable à tous les autres.

VENTOUSES SÈCHHS

Les bons effets de ventouses sèches appliquées fréquemment et en grand nombre comme moyen thérapeutique dans la fièvre typhoïde ne sont plus à démontrer, et, dès 1857, Behier les préconisait surtout dans la dothiénentérie à forme thoracique. M. Huchard, toutefois, pense que l'on peut en généraliser l'emploi, et de nombreuses observations lui ont démontré que ces applications pouvaient être utiles dans tous les cas, sans en limiter l'emploi aux faits où la congestion pulmonaire prédominerait. Aussi, les emploie-t-il d'une façon systématique, sauf dans les cas dont la bénignité n'implique aucune espèce de traitement actif. Il est facile d'ailleurs de se rendre compte de l'action de cette médication, lorsque l'on se rappelle que la fièvre typhoïde est une maladie essentiellement congestive. La congestion se manifeste, en effet, chez presque tous les malades, du côté du poumon, des reins, de l'intestin, du cerveau même, et il est par conséquent tout naturellement indiqué de combattre ces congestions multiples par les moyens les plus énergiques. Les ventouses agissent ici par dérivation sanguine, activent la circulation capillaire et substituent une congestion cutanée aux congestions viscérales qui menacent le malade; sous cette influence on voit souvent l'état général s'améliorer, la stupeur diminuer, et, dans certains cas même, la température s'abaisser. Les faits recueillis par M. Huchard depuis plus de deux ans et qui seront consignés plus tard, sont, dès à présent, très-nombreux ; et actuellement même il a dans son service plusieurs cas qui démontrent les bons résultats de cette médication. Mais pour qu'elles puissent avoir une action réellement efficace, les ventouses doivent être appliquées en très-grand nombre ; on applique ainsi chaque jour, matin et soir, vingt à trente ventouses sèches à la base de la poitrine, sur le ventre et sur le haut des cuisses, et on les laisse environ un quart d'heure en place. Ces applications ont l'inconvénient d'être assez souvent douloureuses, surtout dans les points où la peau n'est pas doublée d'un tissu cellulaire abondant. Mais les avantages qu'on en retire compensent largement cet inconvénient. Il est inutile d'ajouter que cette pratique doit être accompagnée de l'emploi des autres moyens qui paraissent nécessités par la maladie.

(*Journal de méd. et chir, prat.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les *Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire*, par L. Ranvier, professeur au collège de France, recueillies par M. J. Renaut (1), renferment sur l'anatomie et la physiologie du système musculaire envisagé non-seulement chez l'homme, mais dans la série animale, toutes les découvertes de ce savant histologiste et toutes les notions acceptables aujourd'hui dans la science. Nous regrettons vivement de ne pouvoir entrer dans les détails nécessaires pour montrer tout ce qu'il y a de neuf et d'intéressant dans ce volume et pour expliquer la manière dont se fait la contraction musculaire d'après la nouvelle théorie imaginée par M. Ranvier, théorie d'après laquelle le

(1) Un vol. in-8o de 466 pages avec 99 figures dans le texte. Aux bureaux du Progrès médical, 6, rue des Ecoles et chez A. Delahaye et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, Paris. 14 fr.

muscle, en se contractant, n'augmente ni ne diminue de volume, de sorte que la contraction est due uniquement à des modifications intérieures qui diminuent les disques épais et augmentent les bandes claires de la fibrille musculaire. Quant aux disques minces, ils auraient pour but d'unir, dans le sens transversal, les fibrilles juxtaposées du faisceau. Nous ne savons s'il faut louer davantage la simplicité du style ou la clarté de l'exposition dans un ouvrage où il est indispensable de pénétrer jusqu'aux détails les plus minutieux.

La reprise des conférences cliniques de M. Charcot, à la Salpêtrière nous paraît le moment le plus favorable pour dire un mot de la quatrième édition du tome I de ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*, recueillies et publiées par Bourneville (1). Après plusieurs leçons consacrées aux troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs, de la moelle épinière et du cerveau, le professeur traite de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques disséminées, de l'hystéroépilepsie et des divers phénomènes particuliers que présente cette dernière affection, tels que l'ischurie hystérique, l'hémiplégie hystérique, l'hyperesthésie ovarienne et la contracture. Chacune de ces affections nerveuses est étudiée au point du vue de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du traitement. La réputation du savant professeur de la faculté en dit plus sur la valeur et l'importance de cet ouvrage que tous les éloges que nous en pourrions faire.

Œuvres du docteur Jules Guérin, membre de l'Académie de médecine et d'un très-grand nombre de sociétés savantes (2).

Lorsque, durant une longue période d'activité laborieuse, on a combattu, pour certaines idées, par les recherches originales, l'enseignement, la presse, etc., on a accumulé une telle masse de matériaux qu'il suffit de les coordonner pour en tirer des volumes. Tel est précisément le cas de M. le Docteur Jules Guérin dont l'œuvre va prendre des proportions considérables, à en juger par les trois livraisons que nous avons sous les yeux. Essayons d'en esquisser l'idée et le caractère dans les quelques lignes dont nous disposons.

L'œuvre comprend deux parties qui paraissent simultanément : la première destinée à exposer les différents chapitres, la *méthode scientifique générale*, la seconde formant de longues dissertations ou mieux de vrais traités avec preuves à l'appui, sur les grandes questions de doctrine médicale féconde en applications pratiques. Afin de mieux préciser, voyons ce que l'auteur a déjà fait. Pour répondre à son premier but, il a exposé la *méthode étiologique* qui comprend deux facteurs : l'un représenté par le monde extérieur, causes cosmiques ou externes, l'autre constitué par l'organisme humain, causes organiques ou internes. Les premières causes provoquent l'organisme, les secondes expriment ses réactions. La thérapeutique sera vraiment triomphante quand leur action réciproque sera nettement connue et définie : ensuite M. J. Guérin envisage ce que doivent être *l'analyse et la synthèse*.

Comme spécimen de la seconde partie, l'auteur débute par un traité capital, un vrai chef-d'œuvre, ses *recherches sur les difformités congéniales chez les monstres, le fœtus et l'enfant*, dans lesquelles il n'a rien négligé pour faire prévaloir sa théorie de la *rétraction musculaire* reconnaissant elle-même pour cause une maladie cérébro-spinale intra-utérine.

On sait combien la tératologie a attiré l'attention du monde savant pendant le premier tiers de ce siècle; on sait aussi que cette étude a perdu beaucoup de sa faveur à mesure qu'on s'est occupé davantage d'embryologie. La plupart des auteurs, A. Geoffroy Saint-Hilaire entr'autres, dernièrement encore, M. Dareste, ont expliqué la plupart des cas de monstruosité par la théorie des *arrêts de développement*. Tel n'est point la manière de voir de M. J. Guérin qui a repris la question en « médecin » tandis que les autres l'ont fait en « naturalistes. » C'est à la dissection minutieuse des monstres et non à l'observation directe de l'origine et la marche de la monstruosité que notre auteur a demandé des renseignements. C'est ce qui explique le grand nombre de planches anatomiques qui se trouvent dans le texte ou qui formeront un magnifique atlas.

Sans attendre la fin de cette belle publication pour décider quelle est des deux théories celle qui l'emportera définitivement, disons immédiatement que les travaux de M. J. Guérin ont beaucoup contribué à établir la pratique aujourd'hui vulgaire de la ténotomie sous-cutanée.

Dr A. B.

AVIS.

La réunion préparatoire de l'Assemblée générale des adhérents du *Concours médical*, aura lieu le *jeudi 16 décembre*, au Grand-Hôtel, à 4 heures du soir, et le repas à 6 heures et demie.

Constitution du *Concours médical* sous forme de société.

Rapport du *conseil judiciaire* sur cette constitution. — Formation des *comités :*

Rapport du comité de *rédaction*.

Rapport du comité *d'études des annonces*.

Rapport du comité *d'administration*.

Formation du comité d'administration de la *Caisse de prévoyance* des assurés sur la vie.

Rapport sur les *propositions* parvenues par la correspondance.

Propositions des membres présents, portées à l'ordre du jour.

Les membres du *Concours médical* qui ne peuvent se déplacer doivent formuler, par écrit, leurs propositions et les adresser au directeur dès ce moment.

Ceux qui assisteront à la réunion, doivent également l'aviser des questions qu'ils se proposent de soulever, afin qu'elles soient inscrites à l'ordre du jour.

Les avis d'assistance à la *réunion et au repas* doivent parvenir, le 12 au plus tard, à l'administrateur, pour lui permettre de prendre ses mesures.

NOTA : Les membres du *Concours* qui ont contracté *Assurance sur la vie*, sont particulièrement invités à assister à la séance.

---

(1) Un vol. in-8o d'environ 500 pages, avec dix planches en couleur hors texte. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine, 23. Paris, 14 fr.

(2) Paraîtront par livraison in-8 accompagnées d'un atlas in-folio. Les trois premières livraisons avec l'atlas de 24 planches sont en vente au bureau de la publication rue de Vaugirard, 46.

Je voudrais voir une *agence générale*, indiquer les postes vacants, avec renseignements sérieux, pour les débutants, pour les médecins mécontents de leur poste.

La commune de *Moisans*, chef-lieu de canton du Jura, route de Saint-Claude à Lons-le-Saulnier, 1238 habitants, est une commune très-riche. Elle donne à un médecin une subvention de près de 2,000 francs; — il est arrivé qu'après deux ou trois années, le Conseil municipal a voulu réduire le chiffre, et les médecins sont partis. Je ne sais ce que l'on peut récolter en dehors de la subvention. On pourrait se renseigner auprès du docteur Hugues, à Fleury, dans le Beaujolais, qui a quitté ce poste. Dr C., à M. Jura.

CORRESPONDANCE

— Dr Q., 419 (Côte-d'Or), 23 novembre.
Aucune compagnie d'assurances sur la vie ne peut faire abandon de la première prime. C'est absolument impossible.
— Dr B., L.-A. (Seine-Inférieure).
Dans le nº la réponse; la New-York a dû vous écrire. Merci de vos vœux.
— Dr M., à B. (Haute-Marne).
Quelque minime que soit l'assurance, la New-York l'acceptera. Ce que nous vous avons demandé a trait au conseil d'administration. Un déplacement au moins par mois. On verra pour l'irrégularité que vous signalez.
— Reçu l'article; sa longueur obligera à des coupures.
— Dr D., à P. (Pyrénées-Orientales), 21 novembre.
Vous allez recevoir l'envoi reclamé.
— Dr T., à X. (Vosges), 23 novembre.
Voyez quatrième page annonces, la compagnie des assurances générales. — Nous n'avons pu encore conclure avec une compagnie d'assurances pour chevaux et voitures.
— Dr C., à Q. (Nord), 24 novembre.
Vous pouvez nous renseigner et nous communiquer tout ce qui intéresse le corps dont vous faites partie. C'est un acte de concours à votre portée. Les autres viendront par surcroît. D'ailleurs il vous est facultatif de recourir aux fournisseurs.
— Dr D., L. D., 24 novembre.
Vous demandez l'adresse d'un journal de gymnastique. — Un annuaire gymnastique.
Il n'existe ni journal, ni annuaire de ce genre.
— Dr F., à P. (Pyrénées-Orientales), 24 novembre.
Nous pensons bien passer, de la periode d'exposition, à celle de l'action. Nous exposerons prochainement notre plan. Quant au genre d'exercice que vous signalez, il a été discuté déjà dans la chronique professionnelle. — Vous êtes inscrit.
— Dr B., à St-M., 24 novembre.
Nous vous verrons avec plaisir et profit. Non, nous ne verrions que des inconvénients à la suppression dont vous parlez. Nous nous préoccupons peu de l'inconvénient que vous signalez. A chacun sa voie.
— Dr D., à P. (Vosges), 24 novembre.
C'est surtout pour les confrères dans votre situation que nous avons fondé le *Concours*. Vous nous assisterez comme vous le pourrez.
— Dr D., 348 (Aisne).
Reçu le mandat. — Fait l'abonnement.
— Dr L., à C. (Meurthe-et-Moselle), 25 novembre.
A quel titre faut-il faire cet envoi?
— Dr B., à C. (Seine-et-Marne), 29 novembre.
La New-York examinera la question soulevée. — Elle est très-intéressante. — On vous a adressé les formules.
— Dr A., à G. (Lot), 27 novembre.
Vous avez bien raison; les compromissions du voisin ne doivent pas entraîner les nôtres. Le nom médical que vous portez vous en ferait un devoir particulier.

— Dr Q., à R. (Seine-Inférieure), 20 novembre.
Adressez votre lettre à l'intéressé qui vous répondra directement.
— Dr L., à T. (Haute-Garonne), 22 novembre.
Le *Concours*, après tout ce qu'il vous doit, vous réclame encore d'obtenir des adhérents dont nous accepterons volontiers la collaboration. Vous pouvez leur affirmer que leurs communications, si elles sont intéressantes, auront un nombre de lecteurs très-considérable. Ce détail a quelque intérêt.
— Dr O., à N. (Alpes-Maritimes), 22 novembre.
Nous opérerons un changement pour ce genre de fournisseur. Il ne donne pas, en effet, les satisfactions que nous croyons possibles. Quant à la Cie le Phénix, les règlements s'opposent absolument à la modification d'un contrat en cours. A son expiration vous obtiendrez toutes les satisfactions désirables.
— Dr L., à M., 22 novembre.
Votre adhésion chaleureuse vous impose plus qu'à un autre le devoir de nous faire, en temps utile, connaître vos idées et vos vues.
— Dr R., à A. (Alpes-Maritimes), 22 novembre.
Nous vous inscrivons avec empressement. Nos compliments au Dr O. — On discutera la question de l'opportunité de cette publication à la réunion prochaine. Oui le grand avantage résiderait dans la plus grande facilité des services réciproques. Il y a d'autre part des inconvénients. — On appréciera.
— Dr Q., à L.-R. (Côte-d'Or), 23 novembre.
Oui la *Réunion générale* sera fixée au printemps. La prochaine, nous l'avons dit, n'est qu'une réunion préparatoire.
Dans celle-ci nous examinerons combien de fois par an, à quelles époques et pendant combien de temps les trois membres de ce conseil devront se réunir. *A priori* ce sera tout au plus trois fois par an. Il sera aussi question des déplacements.
— Dr L., à B. (Pas-de-Calais).
Oui, votre adhésion est inscrite et dès ce moment vous devez recevoir régulièrement le journal. Prière de nous aviser, s'il y avait des lacunes.
— Dr C., 219, 25 novembre.
Vous dites. « *Pourquoi en est-il tant encore, parmi nous, en province (vous pourriez dire à Paris) qui ont l'amour de ce pitoyable fonctionnarisme pour une piètre gloriole, pour le panache, pour une vaine et illusoire popularité; tant, qui comptent sur un titre de médecin de tribunal, d'inspecteur de ceci ou de cela, de vaccinateur, de médecin des épidemies, etc.: qui se ruent âprement sur toutes ces fonctions sans valeur et se les disputent? Ils croient ainsi se poser, se créer des relations, se mettre sur le pavois et attirer ainsi la clientèle. Hélas, c'est chercher le joug et pas autre chose.* » — Oui, nous donnerons, plus tard, le paragraphe de l'annuaire relatif à la prescription des honoraires et les completerons par vos arguments. — Si ce que vous souhaitez se présentait nous vous l'indiquerions. Le Dr *Baréty*, de Nice, il y a environ un an avait réclamé un médecin pour une usine métallurgique, Ecrivez à tout hasard.
— Dr J., à St-Ch. 27 novembre.
Vous recevrez réponse précise dans le prochain numéro.
— Dr M. (Paris), 28 novembre.
Le numéro est epuisé — les deux rectifications sont faites. — Le prix est de 0.25 par exemplaire.
— Dr T., à C., 29 novembre.
La réponse n'est pas douteuse. On a outrepassé son droit. Nous insérerons dans un des prochains numéros.
— Dr B., à S. (Isere), 27 novembre.
Reçu le mandat et fait l'abonnement.
— Dr G., à H. (Aisne). — Dr V., à St-G. (Loire). — Dr Le C., au H. (Seine-Inférieure). — Dr T., à X. (Vosges). — Dr D., à T. (Nord). — Dr F., à P. (Pyrénées-Orientales). — Dr D., à P. (Puy-de-Dôme). — Dr B. à St-H. les B. (Nièvre). — Dr A., à G. (Lot). — Dr O., à V. (Seine-et-Oise). — Dr M., à C. (Puy-de-Dôme). — Dr W., à M. (Seine-et-Oise). — Dr A., 19, rue d'Antin, Paris. — Dr B., à St-S. (Ille-et-Vilaine). — Dr à N. (Ille-et-Vilaine). — Dr Le B., à L. (Nord).
Vous êtes inscrits.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — N° 50 11 décembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

M. Dechambre présente à l'Académie, de la part de M. Hamelin, agrégé de la faculté de Montpellier, un nouveau *Dynamographe* qui enregistre, à l'aide de tracés, pour les recherches cliniques, le degré de force déployé dans les contractions musculaires. Les tentatives, plus ou moins heureuses, pour préciser et enregistrer les phénomènes physiologiques, sont on ne peut plus louables. On ne saurait trop faire intervenir les instruments, lorsqu'ils sont précis ou pratiques.

M. Léon Labbé, autorisé par sa pratique des grandes opérations, tire, de quelques cas malheureux, la conclusion que les insuccès sont dus à la *septicémie*, par stagnation, dans les cas d'*ovariotomie*, avec ou même sans adhérences. Il conseille de recourir toujours au drainage péritonéo-abdominal, au moyen d'un tube de caoutchouc phéniqué, de gros volume, de calibre résistant. On le raccourcit chaque jour. On peut même placer plusieurs tubes à diverses profondeurs, selon le siége des adhérences rencontrées durant l'opération. Cette précaution du drainage est indispensable, à son avis, même avec l'emploi très-vigoureux du pansement listérien, surtout, lorsqu'il existe une *ascite* concurremment avec le kyste de l'ovaire et des adhérences multiples qui donneront avec certitude un suintement séro-sanguinolent consécutif. Il fait remarquer que les mouvements de la respiration tendent à repousser par l'orifice du tube, les liquides accumulés dans les points les plus déclives. Ces liquides sembleraient au premier abord ne point pouvoir remonter jusqu'à la symphyse. Il n'en est rien et, dans tous les cas, le drainage est préférable à l'ouverture du *cul-de-sac péritonéo-vaginal*.

*
* *

Pourquoi ne pas reproduire, à cette place, le passage suivant d'une causerie du Dr Simplice, puisqu'il peut intéresser l'honneur de notre profession.

Dans un grand journal, je lis un fait divers qui me paraît demander des éclaircissements :

« Un jeune architecte d'Alger, nommé Émile Gellé, était chargé depuis quelques mois par un officier supérieur de dragons d'effectuer des travaux dans les environs d'Oran.

« Quarante mille francs furent remis à Gellé, qui, au lieu de se rendre à Paris, partit aussitôt en Italie, où il dissipa cette somme, en compagnie d'une jeune Milanaise dont il avait fait la connaissance sur le paquebot.

« Quand il ne lui resta plus d'argent, Gellé vint à Paris, et ayant contracté une maladie assez grave, il fut admis, il y a un mois, à l'hospice du Midi, où il se fit inscrire sous le nom de Gardel.

« Hier, le malade a été reconnu par un jeune médecin qui lui avait déjà donné ses soins en Algérie. M. Macé, aussitôt prévenu, s'est rendu à l'hôpital pour procéder à l'interrogatoire de Gellé, qui a, du reste, fait des aveux complets. »

« M. Macé aussitôt prévenu. » Par qui donc ? Je ne le sais pas, mais je suis sûr que ce n'est pas par « le jeune médecin *qui lui avait donné ses soins en Algérie*. » Non, il n'est pas possible d'admettre qu'un médecin ait ainsi méconnu le devoir qu'impose le secret professionnel. Ce récit est évidemment incomplet : il prête à une équivoque fâcheuse, et nous serions heureux si nous en provoquions la rectification. Il faut être très-attentif à tout ce qui touche à cette question si grave et si délicate du secret ; question qui se représente tous les jours, qui est le sujet des préoccupations constantes du corps médical, ainsi que

nous le voyons dans les comptes-rendus des sociétés locales.

Le conseil général de l'Association a été frappé des nombreuses communications qu'il reçoit à cet égard, et il a pensé qu'il repondrait à un désir du Corps médical en en faisant le sujet d'un travail qui serait présenté à la prochaine Assemblée générale de l'Association. Le conseil a nommé une commission chargée de préparer cette communication et qui est composée de MM. Guerrier, membre du conseil judiciaire, professeur Brouardel, docteur Gallard, docteur Pénard (de Versailles), docteur Lunier.

NOTES DE CLINIQUE

D'après une conférence de M. Jules Simon, médecin des Enfants-Malades.

De la pneumonie chez les enfants. — Diagnostic. — Traitement.

M. Jules Simon rappelle le souvenir de deux enfants qui lui ont été présentés à la consultation du samedi, 27 novembre. Tous deux, au premier abord, offraient les mêmes symptômes. Le premier sujet, une petite fille, je crois, âgée de sept ans, se présente dans un état d'hébétude et de prostration rappelant tout à fait celui de la fièvre typhoïde. La peau est sèche et brûlante, la langue, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe. Le ventre est un peu ballonné et douloureux; il y a de la toux depuis quinze jours : c'est une dothiénentérie.

A côté de ce tableau, et comme pour lui faire pendant, le brillant conférencier, place celui d'un garçon de dix ans, que sa mère porte dans ses bras. C'est, en apparence, la même prostration que précédemment. La langue, bordée d'un liseré rouge, traduit un état fébrile accentué. On est tout naturellement conduit à songer à une fièvre typhoïde; mais pendant l'interrogatoire de la mère, le petit malade fait deux ou trois efforts de toux. Immédiatement on examine la poitrine et l'on constate de la submatité à gauche et en arrière, dans presque toute la hauteur du poumon; l'auscultation fait percevoir un bruit de souffle : il s'agit, dans ce cas, d'une pneumonie.

En résumé, nous avons ici un état général semblable à celui qui est produit par la fièvre typhoïde, et provoqué par une pneumonie.

Du reste, ce n'est pas là un fait insolite. D'une manière générale, la pneumonie s'accompagne chez les très-jeunes sujets d'une prostration ressemblant à celle de la dothiénenthérie.

La fièvre est vive, mais la peau n'est pas sèche; il y a de la toux sans crachats, car d'habitude les enfants les avalent; le point de côté est l'exception; d'ailleurs le malade en raison de son âge, peut bien rarement nous éclairer à ce sujet.

Jusqu'à ce moment, c'est-à-dire tout à fait au début, on pourra se demander si cet état ne cache pas une fièvre éruptive; passez alors en revue les signes qui annoncent l'apparition de ces diverses fièvres. S'il n'y a eu ni vomissements, ni coryza, ni larmoiement, si la conjonctive palpébrale n'est pas rouge, et ne présente pas ce que M. Jules Simon appelle le *coup de pinceau*, il ne faudra pas songer à la rougeole. L'absence des phénomènes qui traduisent la congestion de l'axe cérébro-spinal feront rejeter l'idée d'une variole. Enfin, si une scarlatine devait apparaître, il y aurait les symptômes d'une pharyngite généralisée. Il ne faudra dès lors balancer qu'entre une fièvre typhoïde et une pneumonie.

Les phénomènes précités ont-ils fait brusquement leur apparition, il y a tout à parier qu'on aura affaire à cette dernière maladie. D'ailleurs l'auscultation lèvera les doutes qui pourraient subsister encore. Au bout de vingt-quatre heures en général, il sera facile de percevoir du côté de la poitrine, des signes qu'on pourrait appeler négatifs. Ce sera souvent une diminution du murmure respiratoire, et surtout une expiration caractéristique, brève, étouffée, qui se traduira à l'oreille comme si l'enfant prononçait brusquement un *e* muet. Le lendemain vous commencerez à entendre des râles crépitants, puis du souffle.

La fièvre tombe souvent dès le cinquième jour. A ce moment l'enfant peut encore être prostré, non plus à cause de l'hyperthermie, mais plutôt à la suite de la secousse imprimée à l'économie par le brusque changement de la température qui descend quelquefois à 36°.

Le souffle persiste maintes fois sept ou huit jours, comme dans un cas rapporté par M. Jules Simon, en sorte qu'un médecin qui ne serait pas prévenu du fait, pourrait croire à une induration chronique du poumon. Il ne faut donc pas se tromper à ce signe et se rappeler, en thèse générale, que, plus l'apparition du souffle est tardive chez les jeunes sujets, plus il met de temps à disparaître.

Il n'est pas rare de voir la pneumonie se montrer inopinément, et s'accompagner de vomissements et de convulsions. L'abattement du petit malade est complet; les traits expriment l'hébétude. Le médecin appelé à ce moment, interprète faussement ces symptômes qui semblent indiquer

ce que l'on est convenu d'appeler l'état cérébral et laisse échapper le mot de *méningite commençante*. Certes, le diagnostic peut être difficile et l'embarras du praticien est aisé à comprendre; mais il ne faut jamais se hâter de se prononcer sur une affection dont on doute. Si vous avez des raisons de croire à une méningite, contentez-vous *in petto* d'en soupçonner l'existence, mais n'affirmez rien, car lorsqu'il s'agira d'une pneumonie, cet aspect cérébral peut disparaître en vingt-quatre heures, et l'auscultation vous permettra de poser le véritable diagnostic.

Traitement. — Nous avons dit que la pneumonie chez l'enfant s'accompagne presque toujours d'un état de prostration, rappelant celui de la fièvre typhoïde. La première indication qui ressort nettement de cette situation, c'est de soutenir le patient et de lui permettre de vivre jusqu'à ce que la maladie ait accompli son évolution. Il ne faut consulter que la résultante des forces de l'économie, *quid valeant humeri*.

Ne donnez pas de vomitif, sous prétexte de débarrasser les bronches des produits morbides qui les obstruent. Le petit malade sera tellement affaibli, qu'il ne pourra réagir, le vomissement ne se produira pas, et le résultat le plus clair obtenu par cette pratique, aura été de débiliter encore le patient. Insistez plutôt sur l'alcool, qui agira contre la maladie comme une épée à deux tranchants, en diminuant la température et en soutenant les forces de l'enfant.

Deux ou trois jours après le début de la pneumonie, mettez un petit vésicatoire volant, que vous pourrez remplacer ensuite une ou deux fois, si le souffle persiste. On le laissera en place trois, quatre, cinq heures au plus. Il est difficile, sans doute, de bien interpréter l'action physiologique de ce médicament, et il est des médecins qui le rejettent absolument de leur pratique, mais il donne de bons résultats, et jusqu'à plus ample informé, ne vous privez pas d'un agent qui a fait ses preuves.

—

Méningite tuberculeuse. — Diagnostic.

Nous avons vu, samedi dernier, un enfant de trois ans, malade depuis quinze jours, et qui nous a été apporté à la consultation par une concierge. Cette femme n'a pu guère nous éclairer à son sujet. Tout ce qu'elle a pu dire, c'est que le patient était abandonné, seul dans une mansarde, pendant que son père travaillait, et qu'un médecin du bureau de bienfaisance l'a visité une fois. Il n'est donc pas facile d'être renseigné sur les premiers temps de la maladie.

Ce qui frappe d'abord chez cet enfant, c'est l'aspect cérébral qu'il présente. Le cou est raide, la tête rejetée en arrière, la figure stupéfiée, grimaçante par moments. Il y a du strabisme, de l'inégalité des pupilles. Les facultés intellectuelles semblent obtuses, le malade entend mal. En outre, on remarque de l'hémiparésie à droite.

Il y a un léger état fébrile; la respiration est inégale et irrégulière, le pouls bat lentement et sans régularité.

Il ne faut pas songer à une fièvre typhoïde, car dans cette affection, et sans rappeler tous les symptômes qui la caractérisent, la température est beaucoup plus élevée; on ne remarque ni strabisme, ni irrégularité de la respiration. Enfin, le pouls est *régulier*. Elle peut débuter, il est vrai, par des vomissements, des cris la nuit; il peut même y avoir un état d'allanguissement qui pourrait dans certains cas simuler l'aspect cérébral, mais les caractères de la fièvre et du pouls, surtout après quinze jours, la feront différencier facilement de la méningite tuberculeuse.

La méningite tuberculeuse, se traduit d'abord par de la douleur de tête, des cris nocturnes, dits cris hydrencéphaliques. En même temps il y a une grande agitation plus marqnée la nuit. L'enfant a l'aspect cérébral: les sourcils sont froncés, il y a du strabisme, de l'inégalité des pupilles; la vision est obtuse, la figure grimaçante par intervalles.

On remarque, en outre, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, se succédant presque au même moment. Il faut noter que les vomissements sont spontanés, subits, se produisant sans efforts, et par une contraction brusque et spasmodique de l'estomac et de l'œsophage. Ils ont encore ceci de particulier, c'est qu'ils se répètent à chaque instant. Dans la rougeole, la variole, etc., nous trouvons bien des vomissements, mais ils se font avec plus d'efforts et ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquents que dans la méningite.

Le ventre est excavé en bateau, la constipation opiniâtre et résistant à tous les médicaments. Les mouvements de la cage thoracique perdent un peu déjà de leur rhythme habituel; ils commencent à montrer une légère irrégularité. On ne constate pas beaucoup de fièvre; le pouls est précipité, mais n'offrant pas toujours la même fréquence. Ainsi, par exemple, il pourra battre à 130 le matin, et à 90 le soir.

Cette première phase, que l'on désigne sous le nom de période d'excitation, dure en moyenne de huit à dix jours ; puis, à ces phénomènes, qui peuvent aller jusqu'à de petites convulsions et à des contractures passagères, succède parfois une sorte de paralysie. La période d'accalmie commence. La fièvre tombe, l'enfant peut même recouvrer en partie son intelligence. Ne vous laissez pas induire en erreur par ce symptôme qui ne manque pas de rendre l'espoir aux parents, et si jusqu'à ce moment on a soupçonné la maladie sans pouvoir l'affirmer, il existe alors un signe capital, *pathognomonique*, c'est le ralentissement et l'irrégularité du pouls. Dès que vous le constatez, vous pouvez être sûr que vous avez affaire à une méningite tuberculeuse, c'est-à-dire à une affection qui ne pardonne pas.

Dr E. S.

HOPITAL NECKER

(CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. LE PROF. GUYON).

—

De l'emploi de la dilatation simple dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Quelle que soit la méthode employée dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, on est obligé de recourir à la dilatation, parce que celle-ci est le seul procédé qui puisse modifier le tissu cicatriciel qui constitue la lésion à laquelle on veut remédier. La dilatation a, en effet, pour but de provoquer dans les tissus un travail physiologique qui modifie le tissu pathologique. Lorsqu'on l'emploie seule, elle peut être utilisée de diverses manières : elle peut être permanente, temporaire, ou rapide. Chacune de ces méthodes doit être étudiée séparément.

La dilatation permanente consiste, comme on sait, dans le séjour continu d'une sonde dans l'urèthre ; il faut remarquer ici que la sonde ne peut pas être engagée dans le rétrécissement, peut être simplement en contact avec lui et néanmoins produire d'excellents effets. On doit, pour cela, employer des instruments présentant une grosse extrémité arrondie, et on agit comme pour ce que M. Guyon a appelé le cathétérisme appuyé, c'est-à-dire que sans être engagée, la sonde exerce une certaine pression sur la partie antérieure du rétrécissement et est fixée dans cette situation. Une pression trop grande pourrait amener l'ulcération de la muqueuse, tandis qu'un simple contact continué quelque temps modifie suffisamment les parties, pour que le rétrécissement tout d'abord infranchissable devienne entièrement perméable. Il n'y a pas, cependant, cu là d'action mécanique, puisque, dans ce cas, la sonde n'était pas engagée dans le rétrécissement même. Quoi qu'il en soit, lorsque l'on veut employer cette méthode et que l'on peut faire pénétrer l'instrument, il faut prendre une bougie d'un calibre tel qu'elle ne soit pas serrée dans le rétrécissement, qu'elle y joue librement. On voit alors, qu'après deux ou trois jours, après le traitement, on peut facilement doubler cette bougie ; on peut aussi la remplacer par une sonde qui permet la miction. Le propre de cette méthode est d'agir promptement, mais il y a contre son emploi d'importantes raisons. Tout d'abord, les résultats acquis sont très-peu durables, et il n'y a réellement d'avantage à l'employer que lorsqu'il est nécessaire d'agir très-vite comme M. Guyon a eu l'occasion de le faire, pour dilater le canal afin de le préparer au passage d'un instrument lithotriteur destiné à la recherche d'un corps étranger dans la vessie.

Une autre objection à faire à l'emploi de cette méthode, c'est qu'elle peut donner lieu à des accidents graves ; quelquefois, en effet, il se fait au niveau du rétrécissement une destruction avec ulcération, laquelle peut dépasser cette région, gagner les corps caverneux et déterminer des accidents mortels. Il faut ajouter cependant que l'on ne court ces dangers que lorsque la méthode est mal appliquée, mais la difficulté qu'on éprouve à modérer son action est la raison principale qui doit faire abandonner cette méthode. On ne doit cependant pas pour cela rejeter l'usage des sondes à demeure qui restent une précieuso ressource et sont sans danger, à la condition qu'on emploie un instrument de petit calibre et qui n'exerce pas de pression sur le canal.

— La méthode de traitement la plus rationnelle, consiste dans la dilatation temporaire du rétrécissement, et bien qu'elle soit employée d'une façon commune et banale, son mode d'application mérite cependant d'être étudié avec soin. Certains insuccès de cette méthode tiennent en effet à ce que les principes sur lesquels elle repose sont insuffisamment connus et mal appliqués.

Un premier point nécessaire dans le traitement des rétrécissements, est que les instruments soient très-régulièrement calibrés et, pour cela, l'usage de la filière est indispensable. On doit ensuite établir exactement avec quel numéro on commence la dilatation et, à cet égard, il faut se guider non sur le volume du jet d'urine, ce qui n'a que peu d'importance, mais sur l'emploi de l'explorateur à boule ; on doit commencer en prenant une bougie d'un calibre un peu inférieur à celui-ci. La règle est du reste de commencer toujours avec un instrument qui passe très-facilement dans le rétrécissement. De même, lorsque l'on veut prendre un numéro supérieur à celui qui a passé en dernier lieu, on doit commencer par passer d'abord le numéro qui a servi précédemment. Pour passer le nº 7 par exemple, on commencera par passer le nº 6, car bien souvent on ne pourrait pas passer d'emblée ce nº 7 qui, cependant, en prenant cette précaution, pourra très-facilement pénétrer un instant après. Il est très-important encore de ne pas chercher à accélérer les choses en sautant un numéro de la filière. Celle-ci, en effet, graduée par tiers de millimètre, est très bien faite à cet égard, et on est frappé de la diffé-

rence qu'il y a dans l'introduction de deux bougies dont le calibre ne diffère pourtant que d'un si petit volume.

Il peut arriver encore que, malgré ces précautions, on ne puisse introduire un numéro supérieur à celui de la séance précédente. Dans ce cas, il n'est cependant pas nécessaire, le plus souvent, de revenir en arrière. Il suffit d'introduire doucement l'instrument et de l'engager seulement, en le laissant en place ; au bout de peu de temps, on arrivera ordinairement à le faire pénétrer.

D'un autre côté, il peut être indiqué d'employer deux numéros dans une seule séance, quelquefois même davantage, et dans ce cas, il y a utilité à profiter de la facilité avec laquelle le rétrécissement se laisse dilater.

La durée du séjour des sondes dans l'urèthre est un point qui mérite aussi d'être discuté, car les opinions sont assez variables à ce sujet, les uns se contentant de ne faire que passer la sonde à chaque séance, les autres au contraire, la laissant assez longtemps en place. Or il est remarquable que le simple passage de la sonde dans l'urèthre détermine des changements très-rapides du côté du rétrécissement, à tel point que la majorité de ces affections peut être traitée ainsi ; c'est là un grand avantage dont il faut savoir profiter, car il y a beaucoup d'urèthres irritables qui ne supporteraient pas un plus long séjour de l'instrument.

Lorsqu'on laisse séjourner la bougie, un certain temps, on arrivesouvent plus vite à la dilatation ; souvent même, après vingtminutes de séjour dans l'urèthre, une bougie qui ne passait pas arrive à franchir le rétrécissement ; mais ici la question de dose prime toutes les autres ; le séjour prolongé peut avoir des inconvénients, provoquer une irritation trop forte et retarder la guérison au lieu de la hâter. Par conséquent pour peu que l'urèthre soit irritable, on doit éviter de laisser longtemps les instruments en place.

Certaines circonstances peuvent faire suspendre ou même cesser tout-à-fait le traitement. Tout d'abord il y a des rétrécissements qui résistent beaucoup ; on peut le plus souvent les franchir avec les instruments métalliques ; mais on n'obtient pas toujours ainsi des résultats satisfaisants, car ces rétrécissements sont souvent des rétrécissements élastiques ; on peut obtenir une très-grande dilatation, mais on ne fait que les distendre sans modifier les tissus, car peu de jours après ils ont repris leur étroitesse primitive. La dilatation simple n'est donc pas suffisante alors et il faut recourir à l'uréthrotomie interne.

Le traitement peut être arrêté encore par des complications telles que l'uréthrite, la prostatite ou la cystite ; mais ces accidents sont extrêmement rares lorsque la dilatation est faite à propos. L'uréthrite est, il est vrai, plus fréquente que les autres, mais on a si peu de compte à en tenir, que certains auteurs, comme Voillemier, admettent que c'est une condition de succès.

La fièvre constitue une complication plus commune mais qui peut se montrer sous deux formes. Dans l'une d'elles, les accidents n'ont pas de gravité : la fièvre survient alors même qu'il n'y a pas eu de violence sur l'urèthre, mais le plus souvent pourtant, lorsqu'il a fallu faire quelqu'effort pour pénétrer dans le rétrécissement. Les accès peuvent se montrer à plusieurs reprises, avec une température dépassant même 40°, mais ils ne durent pas plus de vingt-quatre heures. Dans ces cas, il n'est même pas nécessaire de suspendre le traitement, du moment qu'on en connait la cause. Il y a, au contraire, des cas où la fièvre dure sept ou huit jours, où les accès sont d'ailleurs moins francs sans cause apparente ; on doit, dans ces conditions, se défier et renoncer à la dilatation ; cette fièvre tient alors le plus souvent à ce que l'irritation de l'urèthre réveille une ancienne lésion comme la cystite ou la pyélo-néphrite.

Il reste maintenant à déterminer la durée de ce traitement auquel on a reproché, bien à tort, d'être extrêmement long, car, d'un relevé fait par M. Guyon il y a quelques années, il résulte que la durée moyenne en a été de vingt-huit jours. En se servant des instruments métalliques on peut même gagner quelques jours ; mais c'est un bénéfice auquel il ne faut pas attacher trop d'importance, car cette méthode ne peut agir que progressivement. Il faut ajouter que la dilatation a été arrêtée ordinairement aux numéros 20 et 21 de la filière.

La dilatation progressive n'exige comme adjuvants du traitement que très peu de moyens géné raux ; il y a là une question de régime et d'hygiène. Un des grands avantages de cette méthode en effet, c'est que le sujet en traitement n'est à aucun moment constitué à l'état de malade, d'autant plus que des séances tous les deux jours, quelquefois même tous les trois jours, sont suffisantes pour obtenir le résultat voulu. Une fois la guérison obtenue, il suffit pour qu'elle se maintienne, que le malade se passe ou se fasse passer une bougie, tous les huit, quinze ou trente jours, par exemple, sans qu'il soit possible de donner à cet égard de règle absolue ; cette pratique doit être d'autant plus fréquente que le rétrécissement est plus élastique ; il n'est pas nécessaire non plus d'employer pour cela le numéro le plus élevé parmi ceux qui pourraient pénétrer, mais on peut se servir de bougies dont le calibre répond à deux ou trois numéros plus inférieurs.

Lorque l'on étudie le mode d'action de la dilatation temporaire, on est frappé de la modification rapide imprimée aux parties par cette opération si simple et qui paraît si peu active au premier abord : le fait est d'autant plus remarquable que cette action n'est pas en rapport avec la pression de la bougie sur les parties malades, puisque le canal se dilate sous la seule influence d'une bougie qui joue dans son calibre. C'est donc une action dynamique et non mécanique, puisque pour la dilatation temporaire comme pour la dilatation permanentd, il faut exclure toute action de pression directe.

Il faut admettre qu'il y a là probablement un processus inflammatoire qui paraît démontré par la fréquence assez grande de l'uréthrite, laquelle n'entrave en aucune façon le traitement et paraît même être utile jnsqu'à un certain point. Il y a donc là une action inflammatoire, irritative, et

qu'il y a intérêt cependant à ne pas pousser trop loin. Il résulte de là que la méthode de traitement des rétrécissements par la dilatation simple, est une véritable méthode de douceur; elle peut être utilisée dans un très-grand nombre de cas, surtout lorsqu'elle est appliquée avec soin et suivant certaines règles bien établies, mais elle ne suffit pas cependant dans tous, et c'est ordinairement alors qu'on doit avoir recours à l'uréthrotomie interne.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*) P. L.-C.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

MINISTÈRE DES POSTES ET TÉLÉGRAPHES

NOTES D'HONORAIRES. — CONDITIONS D'AFFRANCHISSEMENT

Paris, le 2 décembre 1880.

Monsieur,

Vous m'avez communiqué une réclamation de M. le Dr Fabreguettes, relative à des difficultés éprouvées au bureau de Saint-Chamond, pour l'expédition de notes d'honoraires au prix du tarif des papiers d'affaires.

La note jointe à la réclamation ne remplit pas, en effet, les conditions requises pour pouvoir jouir de la modération de port. Elle contient une annotation imprimée ainsi conçue : « Prière de rapporter ce compte en venant payer, » et cette annotation présente le caractère de correspondance personnelle. Ainsi, d'après la jurisprudence consacrée par les arrêts de la Cour de cassation dont je vous ai déjà remis le texte, elle constituerait, bien qu'entièrement imprimée, la contravention prévue par l'art. 9 de la loi du 25 juin 1856.

Je vous ai fait connaître, dans ma lettre du 23 septembre, que les notes de frais ou d'honoraires ne devaient contenir que le nom du débiteur, celui du créancier, l'indication de l'objet de la dette et le montant de cette dette. Je ne puis donc que vous prier d'engager M. le Dr Fabreguettes, à vouloir bien établir ses notes d'honoraires d'une manière exactement conforme à cette règle.

C'est à tort, néanmoins, que le receveur de Saint-Chamond avait répondu que « les notes d'honoraires « ne pouvaient être considérées comme circulaires « parce qu'elles ne s'appliquaient qu'à une personne « seulement. »

Les notes d'honoraires, comme les factures, sont toujours personnelles à leurs destinataires respectifs; mais elles n'en constituent pas moins des papiers d'affaires et il n'y a aucun rapport à établir entre les papiers de cette catégorie et les circulaires. La seule condition qu'ont à remplir les dites notes et les papiers d'affaires, en général, c'est de ne rien contenir qui présente le caractère de correspondance. C'est cette condition à laquelle ne satisfaisait pas la note de M. Fabreguettes et c'est en ce point qu'il aurait à se conformer aux règlements pour pouvoir effectuer des envois à prix réduit.

Des observations sont adressées en ce sens au bureau de Saint-Chamond.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération.

Pour le ministre, l'administrateur.

II

A PROPOS DES OFFICIERS DE SANTÉ

On nous a fait observer qu'il y avait insuffisance de réponse dans le n° 48, sur les droits d'exercice des officiers de santé :

Voici une réponse plus explicite :

Un officier de santé peut-il, oui ou non, exercer dans plusieurs départements *à la fois*, alors qu'il s'est fait recevoir pour ces départements ?

Nous pensions avoir surabondamment répondu à cette question en disant, la loi en main, que « l'officier de santé ne peut s'établir que dans le « département où il a été examiné par le jury et « qu'après avoir fait enregistrer son diplôme au « greffe du tribunal de première instance et au « bureau de la sous-préfecture de l'arrondisse- « ment. » (Art. 24 et 29 de la loi du 19 ventôse an XI).

La question posée suppose donc une chose impossible, à savoir que l'officier de santé se serait fait recevoir dans et pour plusieurs départements à la fois.

Nous disons que cette chose est impossible, parce que la loi n'a prévu ni voulu prévoir l'hypothèse, objet de la question qui nous est soumise.

Le texte ci-dessus rapporté est formel.

L'officier de santé doit se faire examiner et recevoir, établir son domicile et exercer sa profession dans *un seul et même département*, dont il ne peut franchir les limites (même accidentellement, ainsi que l'a décidé la Cour de cassation).

En dehors du département pour lequel il a été délivré (c'est-à-dire du département où a été examiné et reçu, où est domicilié et où exerce l'officier de santé), le diplôme de ce dernier est *sans valeur aucune*. L'officier de santé reçu, par exemple, dans et pour le département de l'Ain, le seul où il puisse exercer, n'est plus qu'un simple particulier s'il vient se fixer dans le département de l'Aisne. S'il veut exercer dans ce dernier département, il faut qu'il subisse un examen à nouveau, qu'il fasse enregistrer son diplôme au greffe du Tribunal et à la sous-préfecture et enfin qu'il s'établisse et n'exerce que dans ce département.

Un arrêt de cassation du 24 mars 1838 a décidé que « le diplôme d'officier de santé obtenu dans « un département *est nul et sans effet partout* « *ailleurs* et ne dispense pas de subir les exa- « mens dans le nouveau département où l'officier « de santé veut aller s'établir. »

La question sera-t-elle cette fois bien résolue, lorsque nous aurons répondu :

Qu'un officier de santé ne peut *pas* exercer dans plusieurs départements *à la fois*.

Qu'il ne peut s'établir et exercer que dans un *seul* département (celui où il a été reçu).

Que s'il veut changer de département, il doit subir de nouveaux examens dans et pour le département qu'il choisit.

Ainsi l'officier de santé reçu dans l'Ain d'abord, où il s'est établi, reçu ensuite dans l'Aisne, où il

vient s'établir, n'aura pas le droit d'exercer simultanément dans les deux départements; il ne pourra exercer que dans celui où il sera établi.

Le Conseil judiciaire,
Léonel Oudin, *avocat*.

III

La rigueur extrême dans le recouvrement de nos honoraires, ne peut, à notre avis, s'exercer que vis-à-vis de ceux de nos clients qui ont mis notre amour-propre en jeu, non par leur ingratitude, mais par de mauvais procédés et la volonté déclarée de ne point acquitter une dette qu'ils sont en mesure de payer et qu'ils savent aussi légitime que celles qu'ils contractent avec leurs fournisseurs.

Dans une situation semblable, le médecin riche peut s'abstenir du recours à la justice ou aux moyens de rigueur, à la condition de ne pas faire de cette conduite un moyen de concurrence.

Quant au médecin qui a besoin de l'intégrité des produits de son ingrate profession, pour faire honneur à ses affaires, ce n'est pas nous qui songerions jamais à le blâmer de recourir aux mesures honorables que proposent quelques-uns de nos correspondants. Nous les approuvons au contraire sans aucune restriction.

Dans tous les cas, et même pour les recouvrements habituels, il serait avantageux de trouver les procédés les plus pratiques pour nous éviter cette corvée.

Ceci dit, nous donnerons dans la chronique professionnelle les opinions de nos correspondants :

DU RECOUVREMENT DES HONORAIRES PAR TRAITES

Monsieur et sympathique confrère,

Je m'empresse de vous remercier de mon admission gracieuse au nombre des membres du *Concours Médical*, aux travaux desquels je me ferai un plaisir et un devoir de prendre part, entièrement associé à leurs vues généreuses.

Je tiens, de suite ma promesse de communication relative à la traite du médecin qui peut être l'objet d'un protêt régulier et à *effet*, contrairement à l'opinion émise par l'un de nos confrères dans le nº 42 du *Concours Médical*.

Pour conférer cette puissance à la traite du médecin, ce n'est pas le banquier qui est nécessaire, c'est quelque chose de plus simple : la présence d'une simple signature commerciale au dos de la traite.

L'article 637 du Code de commerce est explicite à cet égard. Voyez plutôt. Lorsque ces lettres de change et ces billets à ordre porteront en même temps des signatures d'individus, négociants ou non-négociants le tribunal de commerce en connaîtra. Qu'a donc à faire le médecin, non-négociant qui, ayant décidé de faire traite sur un client, désire que celui-ci soit contraint d'y faire honneur sous peine d'un protêt régulier et dont les effets puissent être pleinement poursuivis? Suivant l'habitude et la loi, il doit d'abord avertir son client huit jours à l'avance de la présentation de sa traite montant à une somme de..... solde ou à-compte de ses honoraires, dont la note est également communiquée à l'intéressé.

Cela fait, le médecin, qui poursuit l'objet très-juste et très-moral d'obtenir la rétribution de son travail, demande la signature d'un voisin ou ami négociant, « grâce à laquelle le tribunal de commerce connaîtra. » Cette signature ou endossement qui engagerait à certain point ce commerçant si la traite voyageait, ne l'engage nullement s'il reste possesseur de la traite et en réclame directement le paiement. Il peut, s'il ne dispose pas des fonds avant l'échéance, ou si le médecin n'en a pas besoin, ne les remettre à celui-ci qu'après les avoir perçus.

Il n'est personne qui ne puisse obtenir aisément ce service d'un fournisseur, ou d'un parent ou d'un ami commerçant.

Si éloigné soit-il du pays où la traite doit être perçue, cela lui est facile par l'envoi de la valeur à la banque locale à titre de recouvrement.

Qu'il n'oublie pas la mention : protêt, pour nous rendre service, car c'est grâce à elle que ni le banquier, ni l'huissier n'omettront le nécessaire, et la valeur retournera à notre commerçant dûment protestée. C'est en son nom que les poursuites auront lieu et le Tribunal de commerce nous condamnera solidairement avec notre client à rembourser la valeur et les frais.

Qui sera bien attrapé, sinon celui-ci? qui étant le premier débiteur sera le premier poursuivi... à boulets rouges.

Un médecin avait souscrit un effet à un officier ministériel qui la négocia à un escompteur. Le billet fut protesté après endossement par un commerçant se chargeant dans la contrée des recouvrements du banquier.

Les poursuites eurent lieu aux instances du commerçant devant le Tribunal de commerce qui condamna solidairement au remboursement le médecin, l'officier ministériel et le banquier.

Qu'est-ce qui avait fait que le billet réputé simple promesse et souscrit par un non-commerçant était devenu justiciable du Tribunal de commerce, sinon l'endossement par un commerçant aux termes de l'article 637 du Code de commerce?

Ces honnêtes et intelligents parvenus qui peuplent les Tribunaux de commerce ne peuvent comparer leur destinée à la nôtre sans y compatir, et cette loi dont ils nous appliquent les rigueurs, ils sont prêts à nous en octroyer les avantages. Beaucoup d'eux sont entrés dans la vie militante avec rien et sont devenus riches; et tandis qu'un médecin (à la campagne du moins), a peine à gagner ou à refaire son patrimoine en travaillant jour et nuit, il est piteux de voir le sort de nos réclamations d'honoraires en justice de paix et devant les tribunaux de première instance. Il serait naïf de ne pas saisir avec empressement une juridiction plus bienveillante si elle existe, comme je crois l'avoir montré.

Recevez, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments très-distingués. Dr S.

Modèle de traite.

Bon. p. Fr.

Au prochain, veuillez payer à l'ordre de M. (ici suit le nom du commerçant qui nous prête son concours), négociant en à département de la somme de valeur (en compte ou solde de mes honoraires) dont avis vous a été passé (par ma carte postale ou ma lettre) du dernier.

Nom du pays, date, millésime

adresse du débiteur *Signature*

IV

SUR LE RECOUVREMENT DES HONORAIRES

Très-honoré directeur,

Code civil. — Art. 2272. — « L'action des médecins, chirurgiens, apothicaires, pour leurs visites, opérations, médicaments, se prescrit par un an. »

Notez que dans l'espèce, la loi ne disjoint pas et n'admet pas le fractionnement. Supposons une note comprenant des soins à chaque mois de l'année jusqu'au 30 octobre et qu'elle soit présentée le 5 janvier suivant, le médecin, même s'il poursuit de suite, risque de perdre la totalité : il ne serait même pas admis à faire abandon volontaire des sommes du premier trimestre pour sauver le reste.

La situation sera pire encore, si ne présentant sa note qu'au bout d'un an, il lui faut attendre encore trois ou six mois pour se convaincre qu'il faut actionner le débiteur.

D'où ressort l'indication formelle :

Présenter ses notes *avant un an accompli*, de la date des premiers soins, de façon à être à temps pour actionner dans le délai légal, s'il le faut.

Que le médecin laisse expirer l'année pour adresser ses notes de celle échue, à ceux de ses clients honorablement connus, rien de mieux, il y a dans ces cas suffisante sécurité ; — mais envers la masse des petits clients qui peuvent disparaître du jour au lendemain ; envers tous ces gens à position vague et instable qui, n'ayant rien à perdre, ni position assise, ni considération publique à ménager, peuvent impunément se moquer du qu'en dira-t-on et suivre à l'égard du médecin l'adage aussi commode que peu moral : *passato il pericolo, garbato il santo*. Ne nous aliénons pas le droit, et réservons-nous toujours la faculté de réclamer nos honoraires par semestre, par trimestre, quand bon nous semble, même au comptant si nous le jugeons bon pour la sauvegarde de nos intérêts.

Gardons-nous donc d'accepter comme absolue la règle de ne présenter nos notes qu'à l'année.

A l'égard des clients douteux, nous ne pouvons pas, pour chercher une garantie dans l'art. 2277, leur réclamer reconnaissance de la dette, ou acte notarié.

Ne comptons pas davantage sur l'art. 2275. Si la prescription est invoquée et que nous objections qu'elle n'est pas un mode de libération, qu'il ne suffit pas de l'invoquer pour être quitte, alors il faut déférer le serment. — Mais faut-il croire que le débiteur qui aura eu la malhonnêteté d'invoquer la prescription, va se dédire et se juger lui-même? qu'il reculera devant le serment? il le donnera fièrement, disant qu'il croit la dette payée et ne rien devoir ; pour peu qu'il connaisse l'usage de la restriction mentale, il lèvera le pied gauche en même temps que la main droite — ce qui, croit-il, annule le serment, décharge la conscience, lui permet de se croire honnête et de le faire croire à la galerie... Sur quoi le juge de paix (à qui nous ne sommes pas toujours sympathique,) de nous faire une risette goguenarde qui signifie : « Attrape ! tu dois connaître l'art. 2272 qui t'intéresse, et qui est pour toi une invitation à ne pas attendre douze mois. »

Pouvons-nous, tant que nous vivrons sous ce régime d'isolement où nous sommes, suivre cette méthode de distinction de clients ? Non, parce que le médecin aisé pourra toujours supporter les risques et accorder long terme ; ce sera un moyen de concurrence.

Il faut donc le syndicat. En créant, il est vrai, des devoirs mutuels, une règle, un *modus vivendi* uniforme, la confraternité, il créera aussi à notre bénéfice commun le respect et les égards du public. — Nous ne serons plus à la merci de ce public qui spécule sur nos honteux moyens de concurrence ; nous cesserons d'être exposés à sa risée et à son mépris; nous ne le verrons plus se passionner au spectacle de nos luttes mesquines.

Une bonne et salutaire mesure en cette matière serait donc que les syndicats s'entendissent pour diviser toute clientèle en trois catégories :

Clientèle à paiement annuel (nº 1.)
— à paiement semestriel (nº 2.)
— à paiement trimestriel (nº 3.)
— à paiement *ad libitum* (nº 4.)

Laissant chacun dans son cercle d'action maître de faire le classement de sa clientèle. Ce sera la jauge de solvabilité que tous pourront se demander et se communiquer.

Exemple :

Dr A. — Connaissez-vous un tel ?
Dr B. — Oui, un client à moi.
Dr A. — Ah ! bah ! Il m'est venu.
Dr B. — Oui-dà ! — vous savez, nº 3, pour moi. C'est sans doute pour cela qu'il me quitte.

Le confrère A. saura ce qu'il doit faire : ou le garder en le faisant payer nº 3, voire même nº 4 — ou l'envoyer payer le confrère B. Rien à risquer, rien à perdre, car un client qui pour tel motif quittera A pour B. quittera aussi facilement B. pour C. C'est ainsi que les mauvais clients sont toujours assurés de ne jamais manquer de médecin sans jamais en payer aucun.

Au début, il y aura quelques tiraillements inévitables, une période de désarroi et de criailleries dans le public; mais s'il y a, en même temps, une sérieuse entente et une inébranlable loyauté entre les médecins, c'est à eux en fin de compte, et promptement, que devra rester la victoire. Ce sera surtout dans ce début que nous devrons être fermes et ne jamais perdre de vue que l'intérêt

particulier doit s'effacer devant l'intérêt général, lequel opérant en manière de choc en retour, formera la somme de tous les intérêts personnels; que tout sacrifice momentané tournera en un court délai au profit de tous; et que ces sacrifices d'un jour seront largement couverts et rachetés par des satisfactions matérielles et morales jusqu'alors inconnues chez nous.

Le Dr M. N° 648, propose la formation de listes des mauvais clients, mais il émet des craintes sur la légalité de ce moyen. Je crois aussi que la communication mutuelle de telles listes serait non-seulement réalisable mais encore très-efficace et qu'elle devrait être généralisée; je ne partage pas les craintes de mon honoré confrère en ce qui concerne les inconvénients possibles — à condition que cette façon de procéder pût s'appuyer sur l'autorité des syndicats, d'une organisation sérieuse, comme mesure générale, et *qu'elle ne fût employée qu'entre syndiqués*. (Motif de confiance et de solidarité.)

Ces listes seraient adressées par chacun et trimestriellement à son syndicat, où tout adhérent pourrait en prendre ou en demander copie. — Sans préjudice des communications officieuses qu'en tous temps, chaque médecin *(entre syndiqués)*, pourrait demander à un confrère. Peut-on supposer qu'il s'en trouverait un seul, parmi tous ceux à qui ce procédé peut être utile du jour au lendemain, capable d'aller dire au client : « C'est le Dr Tel qui m'a dit cela !... » C'est inadmissible.

Dans le commerce, dans toutes les grandes affaires, en banque, à la Bourse, de tels renseignements se fournissent à tout instant; chacun s'en sert, mais nul n'en abuse et ne compromet personne ; on table ses intérêts et sa conduite en conséquence : c'est tout.

Ce moyen est donc bon et efficace. Par lui, nos bons paysans apprendront à ne plus pouvoir duper personne, que quand ils auront besoin de médecin, ils devront le payer. Ils paient bien le pharmacien. Quand ils font deux lieues pour aller à l'officine du chef-lieu, ils n'oublient pas de prendre argent en poche, sachant qu'ils risqueraient de se voir refuser crédit. Sont-ils en droit de se plaindre si le médecin leur accorde le crédit qu'il a lui-même chez ses propres fournisseurs ?

Le Dr C. (*Concours*, octobre, no 42) propose de fixer un mode unique de comptabilité.

Il a cent fois raison. Combien d'entre nous ne se sont déjà trouvés empêtrés et perdus dans une comptabilité bizarre ou compliquée, mal conçue, qui exige trop de temps, d'écritures et d'attention, et ont peine à se tenir à jour ? — Combien n'ont déjà éprouvé ce que valent en justice toutes ces comptabilités diverses que le magistrat ne comprend pas et qui sont pour lui le chaos. Ce sera encore l'œuvre des syndicats de choisir et nous faire adopter un mode unique de comptabilité simple et facile.

Le même confrère a soulevé la question du mode de recouvrements à adopter et propose l'institution d'un caissier ou receveur d'arrondissement.

L'idée mérite approbation. Le principe est bon, mais qu'il me permette de discuter certains points — « Qui agirait et même poursuivrait en son nom personnel ? — A quel titre, dirai-je? Ce ne peut être comme racheteur de vos créances. Il ne peut agir, et en justice ne serait recevable qu'au nom de chacun de ses commettants et muni d'un pouvoir en règle (enregistré).

Mais alors quel caractère, quelle autorité morale ou effective, aurait-il. tant devant les tribunaux que devant le public ? — Pas plus que l'un de ces hommes d'affaires qui plaident à l'ordinaire dans les justices de paix, et que les magistrats de céans dédaignent. Oui, des receveurs d'arrondissement. Mais donnons-leur d'emblée un caractère sérieux et une autorité réelle : ici encore le syndicat va être notre maîtresse branche : ils seront les receveurs du syndicat médical pour l'arrondissement de....; ils se présenteront au public, munis d'une véritable investiture à type collectif, et en justice de paix, munis d'un pouvoir émanant du syndicat, lequel, — être impersonnel — représente et défend des intérêts liés, solidaires, collectifs. On voit de suite quelle différence !

C'est alors qu'une comptabilité unique et uniforme sera de toute nécessité. Nous la dresserions par trimestre, semestre, annuité, selon le classement que nous ferions de notre clientèle ; et nous remettrions au receveur les registres ou relevés afférents à chacune de ces périodes. A des époques à déterminer, il rendrait ses comptes à chacun de nous.

Il va sans dire que tous nous devons nous interdire la moindre velléité de curiosité et ne jamais demander au receveur le moindre renseignement sur la situation, le chiffre d'affaires, la clientèle d'un confrère, renseignements que le receveur serait tenu de refuser, sous peine de révocation.

Un tel intermédiaire devra remplir des conditions multiples qui pourront peut-être se rencontrer — dans chaque arrondissement — réunies chez un homme. Il devra être probe, actif, intelligent, suffisamment instruit et aussi suffisamment versé dans les choses de la bazoche — absolument discret. — Enfin, il devra posséder une notoriété d'honorabilité capable de nous inspirer une confiance de tout repos; il devra avoir cheval et voiture.

Je suppose qu'un tel agent ait en mains les recouvrements de vingt médecins au minimum. Soit pour chacun une moyenne de 6,000 francs, total 120,000 francs. — Octroyons lui 8 à 10 p. 100 de prime; soit, 9,600 à 12,000 francs, ajoutons même au besoin un certain chiffre, soit 1000 fr. pour frais de bureau, de voyages, de correspondances : 50 francs pour chacun des vingt médecins. — Trouvera-t-on cette contribution trop lourde? — J'espère que non, si l'on met en regard le temps perdu à dresser nos notes et à aller réclamer nos honoraires; les déboires, les contrariétés, les mauvaises chicanes, les grossièretés même que nous amassons, les atteintes à notre dignité. Au receveur qui suivra les instructions générales données par le syndicat, ainsi que les notes et instructions particulières fournies par chaque médecin, nous renvoyons toujours le débiteur qui viendra nous solliciter : Voyez le receveur du syndicat, c'est son affaire, je n'y peux

rien, arrangez-vous avec lui. Mais lui, suit la marche voulue.

A part les sommes que nous pourrons recevoir nous-mêmes (visites d'extra ou isolées, consultations toujours au comptant, etc.) nous devons remettre au receveur tout compte suivi : aussi bien la note sûre de 1,500 francs, sur le châtelain, que la note douteuse de 10 francs sur le manouvrier.

Dans maintes contrées, jamais le paysan ne se dérangera ponr aller payer son médecin ; dans les villes, jamais non plus un commerçant ne quittera sa boutique pour remplir ce devoir ; il puise à son comptoir quand on va chez lui. Laissez amasser tro's, quatre, cinq années d'honoraires chez le seigneur, jamais il ne parlera de régler ; quand le médecin, après longues hésitations, se décide à la présenter, on pourra la régler de suite. Sinon, on fera passer chez nous M. l'intendant ou M. le valet de chambre, lequel demandera un reçu que le seigneur n'aurait point osé demander lui-même... Avec le receveur nous nous élevons en considération.

Enfin, n'oublions pas que l'institution des receveurs aura une certaine influence sur le faire habituel de MM. les juges de paix à notre égard. Ils devront prendre au sérieux les receveurs syndicaux et les écouter, ils sauront aussi que le cas échéant, ils pourraient avoir maille à partir avec les syndicats qui relèveraient, non sans une certaine autorité, les dénis de justice et les mal-jugés. Ces magistrats aussi, comme nos ministres, pensent que la profession médicale est très-lucrative et que nous gagnons trop.

Tout cela n'est réalisable qu'avec les syndicats et l'adoption de tarifs régionaux à type gradué. Ces tarifs relèveront nos *honoraires* à un taux plus *honorablement* rémunérateur ; ils nous relèveront vis-à-vis du public et des autorités, ils mettront fin à bien des chicanes ; ils fermeront la porte qui donne accès à un des modes de concurrence déloyale, dégradante, maladroite et préjudiciable à tous, écarteront toute couleur d'arbitraire et tout soupçon d'exploitation, régulariseront notre comptabilité, et faciliteront enfin la tâche des receveurs.

Quant à l'usage de la traite — sujet mis en bonne lumière par le Dr C. que que j'ai cité plus haut — je le crois impraticable ; je dirai plus ; dans notre propre intérêt, je crois que nous ne devons pas y recourir quand bien même il nous réussirait parfois. C'est un moyen trop aléatoire. Puisque nous sommes et voulons rester distincts du commerçant, ne cherchons pas à nous y réassimiler subrepticement. Laissons-lui donc le privilége de ce mode.

Mais par réciprocité, et jusqu'à ce que nous ayons pu acquérir toute sûreté pour la rentrée régulière de nos fonds, nous ne devrions pas — nous médecins — pour nos dépenses personnelles — accepter le mode de paiement par traites qui trop souvent est pour nous un véritable étrangloir. Quelle amère et cruelle dérision ! Quand un négociant qui fait 300 ou 400,000 francs d'affaires, qui a son coffre-fort toujours bien garni et des crédits ouverts chez les banquiers de toutes les places, écrit au 15 décembre au pauvre médecin qui besogne péniblement chaque jour : « Je vous avise qu'à fin du courant, *je tire sur votre caisse* pour la somme de... »

Quelle bombe de soucis et de perplexités ! Va donc, pauvre médecin, toi qui dois quatre fois ou dix fois gagner, par des courses creuses, le prix de ton travail, avant de le recevoir, va donc persuader à ce négociant que ta profession n'est pas aussi lucrative qu'on le croit, que tu n'es pas prêt et que tu risques de ne pas l'être. Tu es avisé à quinze jours d'avance. En affaires, dans le commerce, cela suffit. Dr N. Ch. nº 519.

—

RECTIFICATION

M. le docteur Adolphe Piéchaud nous prie d'insérer la note suivante :

Dans *l'Encyclopédie* de Pierre Conil, qui vient de paraître, son nom figure à la liste des collaborateurs principaux, avec un titre qui ne lui a jamais appartenu. Ce dictionnaire étant mis en vente et une rectification étant impossible à obtenir, pour les volumes en circulation, notre confrère se fait un devoir de protester contre la désignation qu'on lui a attribuée par erreur.

BIBLIOGRAPHIE

—

LIVRES D'ÉTRENNES

Comme les années précédentes, la maison Hachette se maintient toujours au premier rang, par le nombre, l'importance et la variété de ses *livres d'étrennes*. Tous les gouts, tous les âges et toutes les conditions y trouveront satisfaction complète, sous le rapport du format, du prix et de l'illustration.

Aux favorisés de la fortune, aux amateurs des grandes et belles choses, nous signalons tout particulièrement *le premier récit des temps mérovingiens*, par Augustin Thierry, magnifique fascicule de six feuilles grand in-folio, contenant six grands dessins de Jean-Paul Laurens, reproduits par le procédé de MM. Goupil et Cie. C'est une perle de plus dans la collection des *in-folios* illustrés qui comprend déjà *les Saints-Evangiles*, avec 128 grandes compositions gravées à l'eau forte, d'après les dessins de Bida ; le *Roland furieux* de l'Arioste renfermant 81 grandes compositions et 550 gravures d'après les dessins de de Gustave Doré ; *l'Atala* de Châteaubriand, et la *Divine Comédie* du Dante Alighieri embellie par le fantastique crayon du même artiste. Tous ces volumes et d'autres tels que *l'histoire Tobie*, le *livre de Ruth*, *l'histoire de Joseph*, *les Fables* de La Fontaine, etc., forment l'écrin le plus artistique qui se puisse rencontrer.

La collection in-4º déjà si nombreuse s'est encore enrichie d'un nouveau volume *de Paris à Samarkand*, par Madame de Ujfalvy-Bourdon. Ce sont les impressions de voyage d'une parisienne à travers le Ferghanah, le Kouldja et la Sibérie orientale. Madame Ujfalvy-Bourdon n'a pas hésité à entreprendre ce voyage d'au

moins 1600 lieues, pour accompagner son mari chargé par le ministre de l'Instruction publique, d'une mission en Russie et dans l'Asie centrale. Elle a rédigé ses impressions, ses souvenirs avec beaucoup d'humour, d'esprit et une grande sûreté de traits qui donnent un charme infini à son style. Le voyage s'est effectué par Vienne, Saint-Pétersbourg, Moscou, Orenbourg, etc. Trois cents gravures sur bois faites d'après les dessins de E. Bayard, Barclay, Chapuis, Taylor, etc. etc., représentent les sites pittoresques, les monuments, les costumes, les personnages de tous ces pays plus ou moins inconnus, à travers lesquels on s'engage sans crainte, grâce aux excellentes cartes qui se présentent toujours à propos pour vous tirer d'embarras. On peut affirmer que le succès *de Paris à Samarkand* dépassera encore celui obtenu les années précédentes par *la Suisse* de Jules Gourdault, *les bords de l'Adriatique et le Monténégro* de Charles Yriarte, *Rome* de Francis Wey, l'*Inde des Rajahs* par L. Rousselet, etc.

Le Tour du monde, le journal de voyage le plus intéressant qu'il soit possible de rencontrer, comprend déjà vingt volumes pour lesquels on a mis à contribution les découvertes des voyageurs les plus intrépides, le crayon de nos habiles artistes et le burin des plus illustres graveurs. Le volume correspondant à l'année 1880 contient les voyages de M. D. Charnay à Java et en Australie, de M. de Coster dans la Néerlande, du Docteur Lortet en Syrie, du Docteur Harmand dans le Laos et chez les populations sauvages de l'Indo-Chine, de M. Armand Reclus aux isthmes de Panama et de Darien, du Docteur Jules Crevaux de Cayenne aux Andes, du Docteur Nachtigal dans le Tibesti et le Baguérmi, etc., etc. Il n'est guère de contrées et de peuples sur lesquels on ne trouve une foule de renseignements dans la jolie collection du *Tour du monde*.

Cette rapide revue nous emporte malgré nous loin de ces livres charmants au moyen desquels sans quitter le coin du feu, nous nous transportons dans les pays les plus reculés et les plus inaccessibles, car déjà les artistes nous réclament: *Raphaël, sa vie, son œuvre et son temps*, par Muntz, magnifique volume in-8° jésus contenant 32 planches exécutées d'après les procédés de MM. Braun, Dujardin, Gillot et Quinsac, 13 portraits dessinés sur bois et gravés par Thiriat et 80 reproductions de tableaux ou fac-similés de dessins insérés dans le texte. Ceux qui ont visité les musées de Rome et de Florence aimeront à y revoir la reproduction des chefs-d'œuvre qu'ils y ont admirés, ceux qui n'ont pas encore eu ce bonheur aspireront après le jour qui leur permettra de contempler au Vatican les loges et les fresques d'un des plus grands artistes italiens.

Les historiens aimeront à parcourir l'édition abrégée des *Chroniques* de Jehan Froissart, que Madame de Witt, née Guizot, vient de publier avec texte rapproché du français moderne. C'est un vrai chef-d'œuvre de typographie et qui prouve de grandes difficultés vaincues, comme s'en convaincront tous ceux qui jetteront un coup d'œil sur les lettres et les titres ornés, imprimés en couleurs. Ce volume in-8° jésus, contient en outre 11 planches en chromolithographie, 2 cartes, 33 grandes compositions tirées en noir et 252 gravures d'après les monuments et les manuscrits de l'époque. Voilà un volume qui sera bien accueilli par tous ceux qui s'intéressent aux origines et au caractère de la nationalité française et qui aiment les faits racontés par les artistes et les écrivains contemporains de l'époque où ils ont eu lieu.

M. V. Duruy a continué l'*histoire des Romains* depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'invasion des barbares. Il nous offre, cette année, le tome III, qui comprend César, Octave et les comencements d'Auguste. On sait qu'outre la science si profonde de l'historien, ces volumes sont accompagnés de figures représentant ce qui reste des monuments antiques, temples, forums, statues, médailles, monnaies, etc., monuments qui sont une des bases les plus sérieuses de la science historique. Le volume, dont nous parlons, contient 500 gravures sur bois d'après l'antique, 7 cartes et 6 planches en couleur.

Que de choses n'aurions-nous pas à dire encore, car nous n'avons pas même cité *le Monde physique* par A. Guillemin, la *nouvelle géographie universelle* par Elisée Reclus, dont le tome VI, le plus récent est consacré à l'Asie russe; *le pays du soleil* par Cortambert et Ch. Deslys, etc. etc. Espérons que la semaine prochaine nous pourrons revenir sur ce sujet. Dr A. B.

—

- Vient de paraître: *Eaux de Challes*, nouvelle édition de la monographie publiée en 1874 par la société médicale de Chambéry, revue, augmentée et modifiée, par le docteur S. Massola, ancien professeur de médecine, ancien médecin major de première classe des hôpitaux militaires, médecin consultant à Challes et inspecteur des eaux minérales de la Bauche (Savoie).

AVIS.

La réunion préparatoire de l'Assemblée générale des adhérents du *Concours médical*, aura lieu le *jeudi 16 décembre*, au Grand-Hôtel, à 4 heures du soir, et le repas à 6 heures et demie.

Constitution du *Concours médical* sous forme de société.

Rapport du *conseil judiciaire* sur cette constitution. — Formation des *comités* :

Rapport du comité de *rédaction.*

Rapport du comité *d'études des annonces.*

Rapport du comité *d'administration.*

Formation du comité d'administration de la *Caisse de prévoyance* des assurés sur la vie.

Rapport sur les *propositions* parvenues par la correspondance.

Propositions des membres présents, portées à l'ordre du jour.

Les membres du *Concours médical* qui ne peuvent se déplacer doivent formuler, par écrit, leurs propositions et les adresser au directeur dès ce moment.

Ceux qui assisteront à la réunion, doivent également l'aviser des questions qu'ils se proposent de soulever, afin qu'elles soient inscrites à l'ordre du jour.

Les avis d'assistance à la *réunion et au repas* doivent parvenir, le 12 au plus tard, à l'administrateur, pour lui permettre de prendre ses mesures.

Nota : Les membres du *Concours* qui ont contracté *Assurance sur la vie*, sont particulièrement invités à assister à la séance.

Un docteur, d'un chef-lieu de département de l'Ouest, très-agréable à habiter, demande à échanger sa clientèle pour une *clientèle de campagne*, de valeur équivalente; ou acquérir une *maison de santé*.

Lettres et offres doivent être adressées au Dr. de Mainzac, au bureau du journal.

CORRESPONDANCE

— Dr L., à St-G. (Oise), 30 novembre.
Transmis votre lettre à notre confrère, pour lui permettre de répondre à vos observations.

— Dr C., à D., 9 novembre.
Ce sera une véritable satisfaction pour nous.

— Dr F., 29 novembre.
Pourquoi ne pas signer une demande de renseignements si simple. Vous devriez être assuré que ce qu'on nous communique est absolument confidentiel, dès qu'on nous en témoigne le désir. Vous seriez fixé prochainement.

— Dr B., à St-S., 24 novembre.
Votre approbation nous est précieuse. Veuillez faire nos remerciements à M. S.

— Dr L., à L. T., 29 novembre.
Reçu la somme. Oui, tâchez qu'il réussisse. Le point de vue professionnel que vous envisagez, va être exposé incessamment.

— Dr G., à C. (Yonne), 30 novembre.
Vous nous rendrez service à tous, en organisant, pour la Bourgogne, ce qui a été fait pour le Bordelais.

— Dr B., à B., 30 novembre.
Nous espérons qu'il y aura coïncidence entre les deux dates et que vous avancerez au besoin votre voyage.

— Dr Q., à St-J., 30 novembre.
C'est absolument comme vous, que nous comprenons la chose et son exécution.

— Dr T., à S.-M. (Ille-et-Vilaine), 1er décembre.
Vous recevrez les renseignements réclamés et le numéro du *Concours*, qui a trait à la question. Vous pouvez vous adresser en toute confiance à la Compagnie la New-York.

— Le Dr Je... dans une lettre sans date, traite, avec compétence, la question du droit d'exercice des officiers de santé. Il trouvera dans le *Concours* la réponse aux distinctions qu'il établit. Comme lui, nous trouvons absurdes les restrictions de la loi. Nous reproduirons volontiers sa lettre s'il en est besoin.

— Dr D., à R., 30 novembre.
Nous sommes très-sensibles à ce que vous voulez bien nous écrire et heureux de vous compter parmi les membres du *Concours*. Vous prendrez part, nous l'espérons, aux échanges publics d'observations sur notre profession.

— Dr R.-H., à V., 30 novembre.
Non, le gouvernement n'accepte pas pour ces postes de médecin de colonisation un titre autre que celui du Doctorat. Il n'y a d'exception que pour les indigènes.

— Dr C., à T. (Aube), 1er décembre.
Vous avez contracté assurance. Il serait bien essentiel de venir à la réunion du 16.

— Dr L., à M. (Côte-d'Or).
Veuillez aviser votre ami, qu'il nous rencontrera seulement le *lundi*, *mercredi*, ou *samedi* à quatre heures. On parlera de l'Annuaire à la réunion. Vous aurez ce renseignement de prix dans un prochain numéro. On ne l'a pas donné parce que l'instrument étant nouveau, il n'était pas encore fixé. Il serait en effet intéressant de connaître le nombre des docteurs et officiers de santé reçus en 1880. On recherchera ce renseignement. On a indiqué des thermomètres.

— Dr H. à M. (Loiret).
Je désirerais vivement voir l'instrument dont vous parlez.

— Dr L., à V., 29 novembre.
Vous êtes membre participant et nous avons dit que ceux-ci n'ont pas encore de numéro. On a fait l'envoi réclamé à M. D.

— Dr P.-L., à B. (Gironde), 2 décembre.
La Compagnie la New-York, va vous répondre.

— Dr L., à P., 2 décembre.
Le numéro d'aujourd'hui contient une *lettre officielle*, et vous permet d'envoyer vos notes d'honoraires *affranchies à cinq centimes*, en toute sécurité. L'imprimeur du *Concours* tient à la disposition de tous nos adhérents des formules régulières, dont le modèle figure à la quatrième page du présent numéro.

— Dr M., à H. (Var), 3 décembre.
Merci mille fois de votre si chaleureux appui. Certainement, ce ne peut être que sur une liste.

— Dr R., à C. (Nièvre), 3 décembre.
Votre lettre nous faisait supposer que vous auriez plus de décision. Nous espérons qu'un autre confrère trouvera dans la situation offerte les éléments de succès qui nous paraissaient assurés.

— Dr G.-L., à S. (Seine-Inférieure).
Votre manuscrit sera utilisé. Vous êtes inscrit. La situation faite aux inspecteurs des Enfants-Assistés est absolument inacceptable.

— Dr B., à A. (Aube), 4 décembre.
La *New-York* va vous répondre. Ecrivez à la Compagnie d'assurances générale-*accidents*. Le *Phénix*, si vous avez décliné votre qualité de membre du *Concours*, a dû vous faire une situation spéciale, sinon il n'y a pas à y revenir sur le contrat en cours. Merci de votre actif concours.

— Dr V., à R. (Aisne), 4 décembre.
La réunion n'ayant pas encore eu lieu, cette question des institutions d'intérêt général n'a pu être abordée. Faites vos propositions. On vous fera l'envoi.

— M. L., médecin, à B. (Seine-et-Oise), 4 décembre.
Les accidents ne sont pas si fréquents et vous pourriez vous faire remplacer. On insérera plus tard.

— Dr F., à A., 4 décembre.
Rien du premier chef. 0,25 par exemplaire. On verra plus tard, comment faire ces envois de listes partielles. Oui, le prix nous semble bien élevé.

— Dr L., à R., 6 décembre.
Votre envoi des deux bandes du même numéro nous a permis de trouver le coupable. Cette entente dont vous parlez est l'aspiration générale; il faut chercher et trouver la formule. Nous aborderons au premier jour la question des signatures. Nous avons désiré la vôtre parce que vous craigniez que cela pût nous occasionner des ennuis.

— Dr S., à R. (Ardennes), 6 décembre.
Le parti que vous prenez nous rend toute tranquillité. On attendra pour l'insertion. Envoyez la formule à M. V. Vous ajoutez : « *Les médecins qui restent en dehors du* Concours *(qui pourtant ne s'occupe que de leurs intérêts), se figurent qu'en s'engageant moralement à accorder quelques faveurs aux adoptions du journal, plutôt qu'à d'autres et à se servir de nos fournisseurs, ils coopèrent à une spéculation et compromettent leur dignité. C'est le contraire, à mon avis, et je m'efforce de le leur démontrer.* » Vous pouvez être, en to te tranquillité, notre garant. Oui, chaque jour on vient nous proposer des spéculations. Nous énonçons notre programme et cela suffit pour faire cesser les pourparlers. Oui, nous spéculons, pour établir l'union et faire des choses sérieusement médicales. Chaque jour l'évidence des faits, nous fait des adeptes. Nous n'avons pas à nous soucier des procès de tendance.

— Dr D., à B., St-P. (Oise). — Dr D., à R. (Landes). — Dr H., à P.-C. (Loire-Inférieure). — Dr B., à M. (Sarthe). — Dr P., à P.-B. (Mayenne). — Dr G.-M., à H. (Loire-Inférieure). — Dr B., à S. (Lot).
Vous êtes inscrits.

Nous remercions ceux de nos confrères qui ont eu la confraternelle inspiration de nous adresser les *comptes-rendus des sociétés locales* auxquelles ils appartiennent.

Nous réclamons ce *concours* de la part de tous ceux d'entre les nôtres qui se trouveraient dans le même cas. Les discussions des sociétés locales soulèvent des questions qu'il nous importe à tous de connaître *in extenso*. Tous nos lecteurs profiteront des points saillants que nous résumerons à leur usage.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Decembre, 326, rue de Vaugirard.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

2me Année. — No 51 — 18 décembre 1880

SOMMAIRE :

BULLETIN DE LA SEMAINE

A l'Académie, cette semaine, M. *Tarnier* présente une observation de M. Queirel, de Marseille : *Procidence des deux pieds, dans une présentation du vertex ; accouchement spontané ; enfant vivant.*

Dans cette observation, dit-il, il s'agit d'une femme accouchant pour la cinquième fois. Les quatre accouchements précédents avaient été réguliers ; mais, au cinquième, M. Queirel constata une présentation du sommet, en position occipito-iliaque droite postérieure, avec procidence des deux pieds. Les contractions utérines étaient énergiques et l'enfant fut expulsé, pour ainsi dire, plié en deux, les pieds sortant en même temps que la tête.

M. Queirel a cherché dans les traités d'accouchement, et en particulier dans la *Clinique de M. Depaul*, les faits analogues, et la conclusion de son travail est que les observations de terminaison heureuse, dans le cas de procidence des pieds avec une présentation du sommet, doivent être prises en grande considération dans le pronostic. Je reconnais que, dans le cas observé par M. Queirel, ce chirurgien a fait pour le mieux, et l'expectation a été suivie de succès ; mais je suis moins optimiste que lui, car j'ai vu la procidence des pieds devenir la cause d'une dystocie telle, qu'il fallut avoir recours à la céphalotripsie. Dans ces cas de procidence, autant que je le peux, je cherche à rétropulser les pieds, ou, ce qui vaut mieux, je crois, à faire la version podalique.

La conduite suivie par M. Queirel est d'ailleurs parfaitement correcte ; son observation est très-intéressante, et l'Académie lui saura gré de la lui avoir communiquée.

La conclusion de M. *Tarnier* se concilie difficilement avec ses prémisses, et, dans pareille circonstance, tout accoucheur, soucieux de faire le nécessaire, voudra imiter la conduite de M. Tarnier qui, intervenant en temps utile, ne peut que rendre service à la mère et à l'enfant.

A l'occasion d'un travail de M. le Dr *Fabre*, de *Commentry*, *M. Hilairet* présente un cas remarquable de *lymphadénite cutanée*, ou mycosis fongoïde.

Un homme de quarante-trois ans, rhumatisant dans son enfance, syphilitique, dit-il, à seize ans, sans en présenter de traces actuelles, fut pris en 1875 d'urticaire à plaques rouges. Quatre années durant, il fut en proie à des démangeaisons, lorsqu'il y a environ un an, il vit apparaître sur la poitrine et les épaules des plaques rouges saillantes, qui finirent par constituer de véritables tumeurs. Il en a aujourd'hui sur presque tout le corps ; toutes sont sessiles et de formes très-variées.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. JULES SIMON

Du diagnostic différentiel des maladies des voies respiratoires chez les enfants et de leur traitement.

Voici d'abord la classification adoptée par le savant médecin des Enfants-Malades.

LARYNGITES	AIGUES	1o Simple ou inflammatoire.	légère / intense
		2o Rubéolique, variolique, scarlatineuse, dont on ne parlera pas.	
		3o Striduleuse.	
		4o Pseudo-membraneuse, ou croup.	
	CHRONIQUES	1o Succédant à une laryngite aiguë.	
		2o Liée à la scrofule, la syphilis, etc.	

Il ne sera question dans cette conférence que des laryngites aiguës.

Laryngite inflammatoire, légère. — Elle est caractérisée par un léger enrouement, une toux un peu sèche. On constate à peine un petit mouvement fébrile. Tout semble bénin, mais il faudra néanmoins se tenir sur ses gardes, et se rappeler qu'une laryngite simple chez l'enfant, le prédispose à des accidents inflammatoires du côté de l'arbre aérien et des voies digestives. Dans tous les cas, le diagnostic ne semble pas difficile.

Laryngite inflammatoire intense. — Le malade ressent une douleur vive au larynx. S'il ne peut, en raison de son âge, traduire cette sensation, de vive voix, il l'exprime en portant fréquemment les mains à son cou. Il fait des efforts pour expectorer. La toux d'abord sèche, devient humide, grasse ; elle est voilée, sans timbre.

Cependant apparaissent des accès de suffocation, plus fréquents dans la nuit. L'enfant a du *cornage*, signe qu'il ne faudra pas confondre avec le *tirage* du croup.

Dans cette dernière affection, il y a dans la cage thoracique, une tendance au vide se traduisant à l'inspiration, par la dépression de la région sus-claviculaire et de la région épigastrique ; le malade fait de violents efforts pour respirer : ce sont là les phénomènes du *tirage*.

Les accès de suffocation de la laryngite aiguë intense, peuvent emporter le patient en vingt-quatre heures, mais ce n'est pas la règle.

Cette forme s'accompagne d'une fièvre assez considérable et de troubles du côté des voies digestives.

Laryngite striduleuse ou faux croup. — Cette maladie se caractérise par une laryngite simple, légère, s'accompagnant d'un spasme du larynx, annonçant des accès de suffocation. Elle frappe de préférence les enfants de deux à six ans, et semble avoir une prédilection pour la nuit; aussi voit-on, en général, les accès se produire entre onze heures du soir et deux heures du matin.

Le malade a la veille un peu d'enrouement, symptôme si léger qu'il n'inspire pas d'inquiétude. Il se couche tranquille et s'endort, lorsque brusquement il se réveille en sursaut. L'effroi le saisit, il a peur de mourir et se cramponne à ses parents comme pour se rattacher à la vie. La face est congestionnée, vultueuse; les yeux semblent projetés hors de leur orbite. L'enfant porte la main à son cou et paraît vouloir arracher l'obstacle qui le gêne. Il tousse d'une grosse toux rauque, stridente, métallique, comme si les cordes vocales étaient tendues outre mesure. Cette toux persiste après l'accès de suffocation, qui dure à peine quelques instants. Le petit malade ressent un peu d'abattement ; le lendemain il semble guéri. Il peut y avoir un, ou deux accès dans la nuit suivante ; mais c'est l'exception.

Nous avons dit que la laryngite inflammatoire est caractérisée par une toux et une voix éteintes; dans la laryngite striduleuse, la toux est rauque, stridente. Dans celle-là, l'enfant est toujours malade et les accès qui viennent se surajouter à la maladie primitive, augmentent de jour en jour; dans celle-ci, on dirait que le spasme éclate subitement au milieu de la santé, tant les phénomènes de la laryngite sont atténués ; le lendemain, il ne semble plus y avoir de traces de cet orage passager. Tout se borne du reste, en général, à un ou deux accès.

Dans la période prodromique de la rougeole, on peut remarquer des accès qui peuvent simuler ceux de la laryngite striduleuse. Ils éclatent encore dans la nuit. Vous ne trouvez souvent absolument rien du côté de la gorge, mais dans ces cas il est d'autres signes qui vous mettront sur la voie. La peau est chaude ; il y a de la fièvre, la conjonctive palpébrale est rouge, parfois le nez est enchifrené, les yeux larmoyants ; ce tableau du reste ne tarde pas à s'accentuer.

Il ne faudrait pas croire cependant que le diagnostic soit toujours chose facile. De grands cliniciens ont confondu parfois la laryngite striduleuse avec le croup et vice versâ.

Croup. — Le croup se distingue aux caractères suivants : C'est une affection qui débute rarement par le larynx ; elle est presque toujours précédée d'un coryza ou d'une angine diphthéritique. Dès que les fausses membranes ont envahi le larynx, la voix s'enroue, puis s'éteint. La toux a les mêmes caractères et semble produite par la vibration de membranes déchirées. Elle s'accompagne de dyspnée et d'un sifflement laryngo-trachéal qui s'entend à distance. Ces phénomènes s'accentuent le soir ; bientôt le malade offre les signes du *tirage*.

Le croup, présente des accès de suffocation, d'abord légers, mais qui ne tardent pas à augmenter de fréquence et d'intensité ; pendant ce temps, l'asphyxie fait des progrès. Rappelons en passant que l'accès de la laryngite striduleuse diffère de ceux du croup en ce qu'il est très-violent d'emblée, et se répète rarement une seconde fois. Quant à la laryngite aiguë grave, comme elle se traduit par une toux éteinte et voilée, et par des accès de suffocation parfois assez intenses, on pourrait être dans certains cas très-embarrassé pour la différencier de la laryngite diphthéritique. La constatation d'une fausse membrane permettra

seule de faire le diagnostic. Si donc vous ne voyez rien dans la gorge qui puisse être imputé à la diphthérie, interrogez les parents de l'enfant pour savoir s'il a rejeté des fausses membranes ; c'est là le signe pathognomonique, le seul qui puisse faire diagnostiquer sûrement le croup. Le produit pseudo-membraneux est grisâtre, enchâssé dans la muqueuse comme un verre de montre ; il est adhérent, se détache difficilement. Il ne ressemble pas à un produit pulpeux, s'écrasant entre les doigts ; il est élastique et si vous le plongez dans l'eau, il conserve sa *forme*. La physionomie d'un malade atteint de croup présente, ou les traits de l'asphyxie, ou ceux de l'empoisonnement diphthéritique. Dans le premier cas, il existe de la cyanose, dans le second, le teint est pâle, la figure bouffie, d'un blanc mat. Cette dernière particularité s'explique par l'action directe de la diphthérie sur les globules sanguins qu'elle semble rendre incapables de s'oxygéner. Une expérience faite assez récemment le prouve. On prend dans des verres, d'un côté, du sang d'un enfant mort de bronchite capillaire, d'un autre du sang provenant d'un diphthéritique. Dans les deux cas, on a un liquide brunâtre, poisseux, tel qu'on le trouve dans la mort par asphyxie en général ; mais tandis que le premier, sous l'influence d'un courant d'oxygène, devient rutilant, le second ne change pas d'aspect, le globule ne peut s'oxygéner, il est frappé de mort.

Œdème de la glotte. — M. Simon ne veut pas terminer ce court exposé des maladies du larynx sans dire un mot de l'œdème de la glotte. Quelle que soit la cause qui le produise, il est toujours constitué par une tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques.

Il est produit par des brûlures, résultant de l'ingestion de liquides trop chauds, par des affections de la gorge ou du larynx, par l'hydropisie scarlatineuse, le mal de Bright, etc. Dans tous les cas, on remarque une grande gêne à l'inspiration, comme dans le croup. La voix se conserve souvent, quoique voilée et nasillarde. Le croup ne pourra se distinguer sûrement de l'œdème de la glotte que par la présence *des fausses membranes*.

Laryngite chronique. — La voix est rauque depuis longtemps ; cette affection est entée le plus souvent sur la tuberculose, la scrofule, l'arthritis, et s'accompagne d'une bronchite chronique.

TRAITEMENT.

Laryngite aiguë inflammatoire. — D'une manière générale, la laryngite aiguë doit être soigneusement traitée, parce qu'elle peut amener une bronchite capillaire ou le faux croup. Ces complications possibles, commandent de ne pas assister en simple spectateur à l'évolution de la maladie. L'enfant gardera le repos au lit ; on tiendra chaudement ses jambes, qu'on peut au besoin envelopper de ouate. Faites administrer des boissons chaudes, et prescrivez une potion, qui trouve d'ailleurs son application dans toutes les maladies franchement inflammatoires des voies aériennes.

Eau de tilleul. }	ãã 60 gr.
Eau de fleurs d'oranger. }	
Eau de laurier-cerise.	15 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit. }	ãã X gttes.
Teinture de belladone. }	
Sirop simple.	30 gr.

S'il s'agit d'un enfant de deux ans, vous donnerez la moitié de cette potion dans un jour. A partir de trois ou quatre ans, on pourra la faire prendre entièrement par cuillerées à bouche, dans l'espace d'un jour. Cette composition diminuera les sécrétions morbides du larynx et la trop grande susceptibilité de la muqueuse. Si malgré cela l'enfant n'a pas dormi, vous pouvez prescrire 5 grammes de sirop de codéine ; pourvu que le petit malade ne soit plus à la mamelle.

Laryngite striduleuse. — L'accès dure en général si peu de temps, que le médecin appelé ne le constate presque jamais. En supposant néanmoins que nous puissions quelquefois y assister, le moyen le plus simple de le combattre sera de tremper un linge ou une éponge dans l'eau chaude, de l'exprimer, et de l'appliquer sur le cou du patient. On pourrait aussi employer un petit sinapisme. L'accès disparu, l'enfant, s'il a moins de deux ans, prendra un vomitif ainsi composé : Sirop d'ipéca 30 grammes ; poudre d'ipéca 30 centigrammes ; à un âge plus avancé, vous pouvez augmenter la quantité de poudre et la porter de 0,40 cent. à 1 gr. en ayant soin de faire prendre le vomitif par cuillerées à café toutes les dix minutes, et de s'arrêter quand l'effet voulu est produit.

A ce propos, il y a une remarque importante à faire, c'est que dans les laryngites simplement inflammatoires les vomitifs sont indiqués seulement *à la période de convalescence*.

Pour éviter un deuxième accès, prescrivez la potion calmante indiquée à propos des laryngites aiguës. Elle sera administrée par cuillerées à café, en éloignant les prises à mesure que l'enfant se calme. Inutile d'ajouter que le petit malade gardera le repos au lit. Au troisième jour, il sera guéri.

Croup. — Dès que les fausses membranes de la diphthérie ont gagné le larynx, il faut insister sur les vomitifs et en particulier sur l'ipéca. Ne

craignons pas de le répéter plusieurs fois. Il faut s'inspirer de ce précepte : *Primo non nocere*. Proscrivez donc absolument les vésicatoires et les sangsues, toute partie excoriée pouvant devenir le siége de plaques diphthéritiques. Essayez de modifier les surfaces que vous pouvez atteindre, au moyen d'un pinceau trempé dans du jus de citron, des irrigations que vous ferez toutes les trois heures avec un liquide, composé de trois cuillerées à bouche de vinaigre aromatique dans trois verres d'eau. Disons en passant que M. Simon n'est pas partisan des caustiques.

On pourra donner le perchlorure de fer à la dose de deux gouttes toutes les deux heures dans un peu d'eau et non dans du lait. Vers six ou sept ans, on administrera, si l'on veut, deux à trois cuillerées à café d'extrait oléo-résineux de cubèbe en vingt-quatre heures. Le cou sera frictionné avec de l'huile de jusquiame, et le traitement sera complété par des substances alimentaires et toniques : bouillon, café, lait, chocolat, etc.

Ne donnez jamais d'opium, sous quelque prétexte que ce soit ; une seule goutte de laudanum par exemple, pourrait tuer l'enfant.

A propos du pronostic, il faut noter que si le cou est énorme, si la diphthérie a gagné le nez, la gorge, qu'elle semble généralisée en un mot, s'il y a de la broncho-pneumonie, si l'enfant a moins de deux ans, s'il est déprimé, non par l'asphyxie, mais par l'empoisonnement diphthéritique, vous avez autant d'éléments isolés qui font prévoir une issue funeste. Ces signes portés à un certain point formeront des contre-indications pour la trachéotomie, qui ne devra d'ailleurs être pratiquée, que lorsque l'asphyxie devient menaçante et que l'organisme du malade semble encore offrir assez de résistance.

Œdème de la glotte, — Les vomitifs sont encore indiqués. On fera des attouchements avec un pinceau trempé dans une solution contenant un peu d'extrait de belladone. S'il y a un abcès, ponctionnez avec une aiguille creuse adaptée à une petite seringue aspiratrice. Enfin si ces moyens échouent on pourra toujours arriver à la trachéotomie. Dr E. S.

HOPITAL DE LA CHARITE

Service de M. le Professeur Gosselin

NOTES DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Hernie épigastrique. — Au n° 40 de la salle des hommes, se trouve un malade atteint d'une hernie épigastrique, probablement formée par le côlon transverse et l'épiploon, qui se sont échappés par une éraillure de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic.

Elle ne présente d'insolite que son volume ; car d'habitude, les hernies de ce genre ne sont pas aussi considérables ; par ailleurs, les symptômes fonctionnels qu'on remarque, rentrent dans le cadre ordinaire des hernies. Le malade a des nausées et des vomissements, des douleurs vives, surtout lorsqu'il fait des efforts. En citant ce cas, M. Gosselin a voulu rappeler que le meilleur traitement palliatif consiste à réduire la tumeur et à la contenir au moyen d'une pelote adaptée à un bandage.

En raison du volume particulier de la tumeur, une pelote ordinaire ne suffirait pas. On se servira d'un bandage portant une plaque assez grande. L'éminent professeur espère que ce moyen de contention suffira et que le malade pourra se livrer à ses occupations habituelles sans préjudice pour sa santé. Mais comme, en définitive, il s'agit là d'une simple présomption, cet homme ne devra pas être perdu de vue, et dans quelques jours il reviendra pour faire constater les effets produits par son bandage.

Fracture tranverse du rocher par suite d'une chute d'un lieu élevé. — Il y a trois jours (dimanche 13 décembre), nous avons reçu au n° 6, un malade âgé de vingt-huit ans, qui est tombé du haut d'une échelle. Le choc a porté sur la tête, néanmoins il ne présente pas de plaie appréciable ; on ne voit pas même les signes d'une contusion. Le malade a-t-il perdu connaissance au moment de l'accident ? C'est une chose possible, je dirai même probable, mais on ne saurait rien affirmer, attendu que les renseignements à ce sujet font complètement défaut. Toujours est-il que lundi, ce jeune homme était en pleine possession de ses facultés intellectuelles. On a pourtant remarqué qu'il parlait avec quelque hésitation, ce qui semblerait indiquer une certaine paresse du cerveau. Il voit bien ; l'ouïe est conservée à gauche, mais il n'entend pas de l'oreille droite. Il n'y a pas d'hémiplégie.

A ces troubles fonctionnels, s'est joint d'abord un écoulement de sang par l'oreille droite, écoulement assez prononcé le dimanche. Lundi matin, ce liquide très-fluide, était moins coloré et ressemblait à cet écoulement aqueux sur lequel Laugier a, le premier, attiré l'attention, comme indiquant une fracture du rocher. Ce liquide est assez abondant ; ainsi mardi, dans l'espace de vingt minutes, nous en avons recueilli environ 2 ou 3 grammes, ce qui nous permet de fixer approximativement

à 200 grammes la quantité écoulée dans un jour. Aujourd'hui, on remarque le même phénomène que précédemment, avec cette différence que le produit qui suinte de l'oreille, est encore plus fluide, à peine trouble. Cet écoulement aqueux est assez souvent précédé de l'écoulement sanguin, lequel, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, devient séro-sanguinolent, puis tout à fait incolore et semblable à de l'eau, comme dans le cas qui nous occupe. Il donne environ 200 gr. par jour, tandis que l'écoulement sanguin par l'oreille donne 15 à 20 grammes dans la journée.

Par quoi est donc constitué cet écoulement? On a prétendu qu'il provenait du liquide labyrinthique, mais il ne pourrait être aussi abondant. Laugier, se fondant sur des observations, avec nécropsies à l'appui, lui attribua une autre origine. Il prétendit que, dans les fractures du rocher, un épanchement sanguin se produisait et lorsque le sang se séparait en caillot et en sérum, celui-ci s'écoulait par l'oreille à travers la membrane du tympan déchirée.

Cet auteur a eu le tort de prendre ce fait pour une règle générale, car si parfois les choses se passent de cette façon, il n'en est pas toujours ainsi. On a vu des cas, en effet, dans lesquels on a constaté des fractures du rocher qui n'avaient pas donné lieu à un épanchement sanguin entre cet os et la dure-mère. Aug. Bérard, Nélaton et surtout Robert, dans un remarquable travail inséré dans les Archives générales de médecine, sont arrivés à une conclusion différente de celle de Laugier et ont admis que cet écoulement était constitué par le liquide céphalo-rachidien. On sait que l'arachnoïde en accompagnant les deux nerfs de la septième paire, forme un cul-de-sac, au fond du conduit auditif interne. Il faut donc que le liquide céphalo-rachidien puisse passer de l'espace sous-arachnoïdien circonscrit par les nerfs de la septième paire et leur feuillet séreux, dans le vestibule et le labyrinthe, et de là, dans la caisse du tympan et le conduit auditif externe. Or, cela ne peut arriver que si la fracture divise transversalement le rocher au niveau du trou auditif interne et du vestibule, et si, en même temps, la communication avec l'extérieur est établie par la déchirure concomitante des cloisons membraneuses de la fenêtre ovale, de la fenêtre ronde et du cercle tympanique.

L'abondance du liquide chez notre malade est en rapport avec cette origine. Du reste, on peut admettre en thèse générale que, lorsqu'après une chute sur la tête on remarque un écoulement par l'oreille, abondant et durable, c'est le liquide céphalo-rachidien qui est en cause. On pourra obtenir une conviction plus forte en s'appuyant sur les caractères chimiques qu'on a donnés pour différencier le liquide céphalo-rachidien de la sérosité sanguine. Dans le premier cas, on remarque très-peu d'albumine, et une quantité de chlorure de sodium double de celle du sérum. Ces caractères se rencontrent chez le jeune homme qui fait le sujet de cette clinique. En résumé, la clinique et l'anatomie pathologique nous autorisent à dire que si l'on constate un écoulement auriculaire abondant, contenant peu d'albumine et beaucoup de chlorure de sodium, cet écoulement est constitué par le liquide céphalorachidien et indique dans la généralité des cas, une fracture transversale du rocher. Les fissures longitudinales donnent plus de sang et pas de liquide aqueux.

Dans les faits du genre de celui qui nous occupe, la chose capitale, c'est qu'il y a une fracture transversale du conduit auditif interne ayant ouvert le cul-de-sac arachnoïdien et déchiré le tympan. Quelles conséquences cliniques faut-il en déduire? C'est que nous avons une plaie de l'intérieur du crâne communiquant avec l'air extérieur et par conséquent sujette à toute espèce d'irritations venant de cet agent. Le malade est exposé à une méningo-encéphalite grave, soit par l'entrée de l'air dans l'espace sous-arachnoïdien ouvert, soit par la propagation vers les méninges, de l'irritation partie de la solution de continuité. Ce garçon court de plus grands dangers que s'il avait une fracture longitudinale du rocher avec écoulement sanguin. Les faits observés par M. Gosselin parlent d'ailleurs assez haut. Sur quatre observations de fracture transversale du rocher, trois se sont terminées par la méningo-encéphalite et la mort, tandis que sur vingt-sept cas de fracture longitudinale, il a constaté vingt-deux guérisons.

Traitement. — Il faut, au début, un traitement énergique, inspiré par l'imminence de la méningo-encéphalite. Chez notre malade, on a pratiqué une saignée générale le premier jour; hier on a donné du calomel; aujourd'hui, il va prendre du tartre stibié. Ce soir on appliquera des sangsues.

Conclusion. — Comme il n'y a ni hémiplégie ni convulsions, qu'on ne remarque qu'un peu de subdelirium, s'accompagnant du ralentissement de la parole, on peut espérer encore d'éviter la méningo-encéphalite, ou tout au moins de l'atténuer considérablement. C'est un malade à observer.

Plaie de tête. Erysipèle consécutif. — Le

nº 14 a eu une contusion de la tête, sans fracture, mais avec une solution de continuité des parties molles, le tout datant de cinq semaines. Aujourd'hui, on a remarqué un décollement considérable accompagné d'érysipèle qui s'est propagé à la face. Cet homme âgé de cinquante-cinq ans et alcoolique par dessus le marché, peut être rapproché du malade couché au nº 29. Celui-ci, malgré un pansement rigoureux à l'alcool, a eu un érysipèle grave qui s'est déroulé, au milieu de symptômes ataxo-adynamiques et s'est terminé par la mort. Disons cependant que la couleur de la peau chez le premier malade est bien moins foncée qu'elle ne l'était chez le second. C'est un signe important, car la couleur rouge-vineux de l'érysipèle est toujours d'un fâcheux augure. Il ne présente pas non plus cet empâtement de la région parotidienne qui indique toujours une certaine gravité. L'érysipèle n'aura peut-être pas les mêmes suites que chez le nº 29. Il y a pourtant une condition défavorable pour le succès, car cet homme n'a pas été pansé à l'alcool dès le début : il est entré trop tard à l'hôpital. M. Gosselin ne se laisse pas rebuter par le cas du nº 29 et persiste à croire que l'alcool, en pansements, dans les plaies de tête, a une heureuse influence pour éviter l'érysipèle ou l'atténuer. Depuis quatre ans, qu'il suit cette méthode, il n'a eu qu'une plaie de tête s'étant accompagnée d'érysipèle et de mort, encore était-ce chez un homme porteur d'une fracture du crâne avec enfoncement, compliquée plus tard d'un abcès du cerveau.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Monsieur le Directeur,

Puisque vons faites appel à tous les adhérents pour exposer leurs vues au sujet de l'amélioration de notre corporation, permettez-moi quelques réflexions au sujet d'une phrase de la circulaire, si justement critiquée du ministre de l'intérieur.

« L'exercice de la médecine, dit M. Constans, « a été considéré jusqu'ici comme l'exercice d'une « profession libérale, justement honorée et *géné-« ralement lucrative* (sic). Comme d'autres pro-« fessions, elle a ....; l'assimiler à une « fonction publique, serait en changer complète-« ment le caractère, et *les pétitionnaires ne « paraissent pas avoir mesuré toutes les con-« séquences de l'assimilation qu'ils propo-« sent.* »

Notre profession est généralement *lucrative*. Les lettres que vous recevez journellement forment un dossier écrasant contre l'assertion de M. le ministre. Il ne se doute pas plus des difficultés qui nous assaillent pendant toute notre existence, que du faible résultat auquel nous parvenons, surtout lorsque nous résidons (et c'est le plus grand nombre) dans une petite localité, comme celle d'où je vous écris. Les honoraires rentrent difficilement, et chaque année nous en perdons une bonne moitié. Le reste suffit à peine à solder nos frais (loyer, cheval, voiture, entretien, etc., etc.).

Quelles conséquences n'avons-nous donc pas mesurées en signant la pétition dont parle M. le ministre? Entend-il dire que les conséquences logiques du dispositif de la pétition seraient de nous transformer en fonctionnaires et de nous donner une retraite? En ce cas, nous serions défrayés de tous frais concernant le matériel qui nous est nécessaire (cheval, voiture, iustruments, etc.), et nous recevrions un traitement fixe qui devrait être en rapport avec la longueur de nos études, et les titres que nous avons acquis dans les hôpitaux. La liste de nos visites et opérations serait remise chaque mois au percepteur qui serait chargé d'opérer le recouvrement des honoraires. Qui se plaindrait d'un tel état de choses? Peut-être quelques confrères de la capitale et de quelques grandes villes. Mais nul docteur ne serait forcé d'accepter ce régime, et les confrères qui préféreraient exercer en dehors de l'Etat, seraient complètement libres de le faire.

J'ai dit, qu'en cas d'assimilation aux fonctionnaires, nous devrions recevoir un traitement fixe, basé sur la longueur de nos études et les titres acquis dans les facultés. On pourrait proposer, en conséquence, 1º que tout médecin qui n'aurait d'autre titre que celui de docteur en médecine, fût placé dans une commune ou un chef-lieu de canton dont la population serait inférieure à 5,000 habitants et qu'il reçût un traitement fixe de 4,000 fr. ;

2º que tout docteur en médecine, qui aurai rempli pendant trois années au moins, les fonctions d'interne dans les hôpitaux de Paris, ou de toute autre ville à Faculté, fût placé dans un chef-lieu de canton dont la population serait supérieure à 5,000 habitants, ou dans un chef-lieu d'arrondissement dont la population serait inférieure à 20,000 habitants et qu'il reçût un traitement fixe de 6,000 fr. ;

3º Que les anciens internes des hôpitaux de Paris ou de toute autre ville à Faculté fussent répartis dans le reste de la France et qu'ils reçussent un traitement fixe de 8,000 fr.

On pourrait demander, en outre, qu'il y eût un un médecin par 5,000 habitants.

Pour que l'assimilation fût complète, il serait juste que tous ces traitements fussent augmentés de 2,000 fr. tous les dix ans, de façon à ce que nos pensions de retraite fussent liquidées à 4, 5 et 6,000 francs. Ces chiffres pourraient être plutôt augmentés que diminués, car ce sont ceux qu'obtiennent des fonctionnaires, qui, dans leurs trente années de service, ont beaucoup moins travaillé

que nous, et qui ont surtout couru bien moins de dangers.

On aurait également à nous payer, à titre de traitement supplémentaire, nos services extraordinaires, parmi lesquels on placerait les visites que nous faisons la nuit pendant que les fonctionnaires se reposent, et pour lesquelles il nous arrive souvent de ne pas percevoir d'honoraires.

Qu'a donc de si effrayant une telle situation, pour que nous ne soyons pas prêts à l'accepter? Elle nous défraye de nos dépenses matérielles; elle nous dispense de courir après nos honoraires et nous assure une retraite honorable, tout en nous donnant, dans le présent, le chiffre que nous parvenons péniblement a atteindre.

Que M. le ministre, qui trouve notre position si lucrative, dépose un projet de loi en ce sens. Nous ne protesterons pas, et le trésor en profitera, en recouvrant le surplus d'honoraires que nous sommes habitués à perdre pour des motifs que je vous exposerai dans une prochaine lettre.

Recevez, Monsieur le Directeur et très-honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr C., Charente, 6 novembre.

Notre confrère peut être assuré que le gouvernement ne le prendra pas au mot. Nous pensons que c'est à notre avantage.

II

Monsieur et cher directeur,

J'ai déjà reçu cinq numéros du *Concours*. Mais je n'ai pas attendu jusqu'à aujourd'hui pour en apprécier la valeur.

Je suis de ceux pour qui la profession médicale est ingrate. C'est assez vous dire que le Concours a été pour moi plus qu'un journal. Il a été une consolation et un espoir.

A la sotte réalité d'autrefois, chercher à substituer l'union, le premier, peut-être l'unique remède à nos maux, c'est faire le bien.

Votre numéro du 6 dernier, adressé aux jeunes médecins, m'a surtout vivement intéressé. C'est à son propos que je vous écris. J'y trouve un article sur le service colonial dont je voudrais pouvoir profiter. Je regrette seulement qu'il n'y ait pas plus de détails. Déjà j'ai fait demander des renseignements à l'administration.

Mais quand viendront-ils? — Je préférerais m'adresser à un médecin déjà établi en Algérie. En avez-vous parmi les membres du *Concours?*

J'occupe, ici, une commune à subvention. Je me suis aperçu que c'était bien le bloc enfariné dont parle le praticien qui a écrit l'article intitulé « le choix d'un poste. » J'avais délaissé, alléché par la subvention, un petit centre du voisinage qu'on m'avait naturellement dépeint sous un très-mauvais aspect. Un collègue y est venu au bout de six mois et m'a réduit à mon seul village, me laissant vivre avec peine.

Rester, il n'y faut pas songer, j'y serais certainement fort estimé; mais je serais encore plus sûr de n'y mettre jamais un centime de côté. Et je suis trop pauvre pour envisager sans crainte un simple changement de résidence avec les aléas qu'on connaît et dont mon collègue m'a donné un exemple. C'est pourquoi l'établissement colonial me sourirait beaucoup, d'autant plus qu'il convient parfaitement à mon âge et à mes goûts.

Je vous prie, mon cher directeur, d'agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Votre adhérent dévoué, Dr M.

J'oubliais un détail sur mon rival heureux. C'est tout bonnement un de mes camarades qui est venu là parce qu'il y possédait une petite maison, et que son peu de fortune l'empêchait d'aller ailleurs. Quoique la différence de distance (1 kil. au lieu de 4) ait fait aller vers lui toute la clientèle sur laquelle je comptais, nous sommes restés bons amis. Le grand prinsipe du *Concours*, la confraternité est un principe sacré pour moi. Dans la circonstance d'ailleurs, à quoi servirait de se fâcher? A rien. — Voilà bien des cas, que je vois où la haine est aussi ridicule que vaine. Ces cas-là m'ont instruit.

Nous sommes certains que nos lecteurs d'Algérie voudront nous adresser sans retard les renseignements réclamés, et que l'intéressante lettre de notre jeune confrère va probablement permettre à l'un des nôtres de lui procurer, sans frais, un poste sûr et lui éviter ainsi la nécessité de se rendre en Algérie. Prière d'adresser les renseignements au directeur.

III

INSPECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE

La *loi Roussel* va entrer en 1881, dans une période d'application réelle et efficace, nous l'espérons.

Les *Conseils généraux* ont dans leur dernière session voté l'indemnité des *Médecins-Inspecteurs*; il est remarquable de voir que la plupart ont alloué de 10 à 15 fr. par enfant et par an, ou un traitement variant de 100 fr. à 600 fr. Nous signalons cependant un département des plus riches et des plus peuplés et où la surveillance des nourrissons est d'autant plus importante que leur mortalité est très-grande, celui de la *Seine-Inférieure*, dont le Conseil général n'a voté que 4 fr. par an et par enfant. Cette indemnité, quoiqu'elle ait été qualifiée de *dérisoire* par certains membres du Conseil et nous sommes bien de leur avis, a, cependant, été adoptée sur les *conclusions du rapporteur, un de nos confrères.*

Nous espérons que les médecins-inspecteurs de la loi Roussel pour le département de la Seine-Inférieure sauront, pour l'honneur de la dignité professionnelle, faire modifier, par leurs réclamations unanimes, une semblable décision.

Nous savons du reste que de vives protestations se sont déjà élevées. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la question.

Nous voudrions bien savoir quelle est la raison qui pourrait empêcher la société locale de la Seine-Inférieure, de prendre en main la défense des intérêts du corps médical dans une circonstance semblable.

Nous avons en vue, notamment, l'application de la loi Roussel, impossible avec une pareille rétribution.

La société compte cent quarante-huit membres, sur

cent soixante-dix-neuf docteurs et cent-un officiers de santé établis dans le département.

RECOUVREMENT DES HONORAIRES.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur les quatre formules reproduites dans la dernière page de la couverture du *Concours*. Elles sont les formules de la règle de conduite commune adoptée par une société locale des départements agissant en syndicat.

REVUE ÉTRANGÈRE

La fièvre typhoïde. — *Le British medical Journal* publie dans l'un de ses derniers numéros, une dizaine d'articles sur ce sujet inépuisable, et il est vraiment remarquable de voir avec quelle persévérance et quelle sagacité, les médecins anglais poursuivent leurs investigations. Leurs recherches portent surtout sur l'étiologie et le mode de propagation de cette désolante maladie, et je crois intéressant pour nous tous, de résumer les idées qui ont cours chez nos voisins.

La fièvre typhoïde paraît être engendrée par l'absorption d'un poison organisé — un virus — existant dans les matières organiques en décomposition, surtout dans les matières animales.

En passant par l'organisme humain, le virus s'y développe, y acquiert des propriétés nocives plus redoutables, et devient l'agent de la contagion.

On prend la fièvre typhoïde par les « ingesta. » Il est *absolument démontré* que les boissons, particulièrement l'eau ordinaire, servent de véhicule au virus. A ce propos, on disait que la grosse question des eaux de Seltz, portée dernièrement devant l'Académie, par M. Routiny, donne fort à réfléchir. Certaines de ces eaux peuvent être comparées à l'eau d'égout diluée. D'après le *British medical Journal,* la fréquence de la fièvre typhoïde à Paris, serait bien plutôt due à l'impureté des eaux potables, qu'aux « mauvaises odeurs » qui, on le sait, sont dues à l'acide crésylique et autres dérivés du gaz. « Au reste, l'eau de Paris est notoirement si mauvaise, que les étrangers doivent soigneusement s'en abstenir. » Combien de personnes, en effet, sont prises de diarrhées, pendant un court séjour à Paris! Je pourrais citer à l'appui de la même opinion, une ville de Normandie, où le régime des eaux est, de l'avis même des médecins, tout à fait détestable, et dont les garnisons sont successivement decimées par la fièvre typhoïde.

La contagion a lieu aussi par l'absorption respiratoire, principalement par les émanations des matières intestinales évacuées par les malades.

Des faits nettement observés, ont montré que la période d'incubation peut être plus longue que deux ou trois semaines, terme généralement admis. Ainsi un médecin anglais a pu suivre le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde dans une île de 456 habitants. Une servante arrive dans cette île, convalescente d'une fièvre typhoïde. Elle avait encore de la diarrhée. Son linge sale fut lavé par sa mère et sa sœur, et cette dernière ainsi qu'une autre sœur et un frère furent bientôt pris de fièvre et de diarrhée. Il faut lire la relation extrêmement intéressante des vingt-six cas qui se manifestèrent successivement.

On contracte la fièvre typhoïde d'autant moins facilement qu'on est plus âgé. A partir de quarante ans, on a toute chance d'y échapper.

On conçoit quelles sont les mesures à prendre pour limiter la contagion : désinfection du linge, des vêtements et de tous les objets ayant servi aux malades. Les matières fécales surtout, doivent être détruites par des agents chimiques, ou enterrés profondément après avoir été additionnés de chlorure de chaux et d'acide phénique.

Comme conséquence encore, le traitement antiseptique doit être institué.

Le traitement du cancer par la térébenthine de Chio. — Très à la mode en ce moment : c'est la dernière nouveauté du jour comme spécifique du cancer. Un médecin que le professeur Landerer, d'Athènes, écrit au journal « *New Remedier* » de New-York : « Depuis plus de deux mois, des demandes de térébenthine de Chio arrivent de tous les coins de l'Europe. » Cette résine est fournie par le *Pistacia Terebinthus*, L. qui croît en Grèce et dans le Levant : mais c'est seulement à Chio qu'elle est récoltée, soit dans des coquilles, soit plus habituellement, dans des vases de terre. Elle a beaucoup d'analogie avec le baume de Canada. En Grèce, on se contentait de l'employer dans les affections des voies urinaires, et quelquefois dans le cancer de l'utérus. C'est un médecin anglais, le professeur John Clay, de Birmingham, qui lui a découvert des propriétés éminemment anti-cancéreuses, et qui l'a vantée dans *The Lancet.* Les articles ont été analysés ou reproduits par les journaux américains, entre autres par l'un de nos échanges, le *Medical and Surgical Reporter*, de Philadelphie. Maintenant quelle est la valeur réelle de ce nouveau traitement? C'est que va vous apprendre l'entrefilet ci-dessous, publié par le *British medical Journal* du 27 novembpe dernier : « La résolution suivante a été adoptée à la dernière réunion du Comité médical de Middlesex Hospital : considérant qu'il résulte d'expériences soigneuses et prolongées sur l'usage de la térébenthine de Chio dans le traitement du cancer, que ce médicament est tout à fait inutile pour la guérison de cette maladie, des instructions vont être données à l'administrateur, pour qu'il n'en soit plus délivré a l'avenir. »

Ainsi soit-il. Mais quand donc s'arrêtera cette manie de l'introduction de nouveaux remèdes? Faut-il laisser entrevoir le dessous des cartes? Une de ces nouveautés a rapporté à ses propriétaires, en l'an de grâce 1879, la jolie somme de *cent mille dollars de bénéfice net*, soit plus de cinq cent mille francs!!...

Décidément, il vaut mieux vendre les remèdes que les prescrire. Dr MARSH.

Notes. — Le défaut d'espace m'empêche de signaler aujourd'hui un article du *Times*, sur les médecins : j'y reviendrai ultérieurement, et le recommande d'avance à notre confrère, le Dr B.. qui, dans sa lettre publiée p. 583, dit qu'en Angleterre, le médecin s'est fait une autre place qu'en France.

— Nous avons reçu l'*Union médicale* du Canada, journal publié en français, numéro de novembre.

— *Won. Wood et Co. New Remedies, New-York.* — Catalogue received, with thanks. Dr M.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

— M. Huchard a eu fréquemment l'occasion de prescrire une préparation apéritive qui réussit très-bien chez des sujets dont il est nécessaire de stimuler l'appétit; voici la formule qu'il emploie le plus habituellement.

Eau distillée de menthe.	250 grammes
Teinture de gentiane.	10 grammes.
Teinture d'écorce d'oranges amères.	10 grammes.
Teinture de badiane.	15 grammes.
Teinture de cardamome composée.	3 grammes.
Gouttes amères de Baumé. . . .	2 grammes.

Filtrez.

Donner une cuillerée à soupe dix minutes avant chaque repas.

Emploi de l'iodoforme en gynécologie,
Par KURZ (*Allgem. med. Centralzeit.* févr. 1880).

Suivant l'exemple de plusieurs autres gynécologistes, l'auteur a employé l'iodoforme et avec le meilleur succès, dans le traitement de la métrite chronique, de la périmétrite et des phlegmons péri-utérins ainsi que des ulcérations du col. L'iodoforme est appliqué dans ces cas sous forme de tampons imbibés d'une solution au dixième dans la glycérine ou d'une pommade au dixième également. Il se montre bien supérieur, comme résolutif, à la teinture d'iode, et il a comme autre avantage, ses propriétés analgésiantes. Quelquefois, même, il ne se borne pas à calmer les douleurs au point d'application, mais il provoque un certain degré de narcose, qui n'a rien d'inquiétant d'ailleurs. L'introduction du tampon a lieu deux fois par semaine, et pour agir plus surement et plus rapidement, on combinera l'emploi des tampons avec les onctions de pommade à l'iodoforme sur l'abdomen.
(*Vichy médical*).

CURE DES HÉMORRHOÏDES PAR INJECTION PHÉNIQUÉE. — Nous avons signalé plusieurs fois ce traitement des hémorrhoïdes. Dans le *New-York medical record*, le docteur W. Blanckwood, de New-York, indique avec précision le procédé qu'il emploie.

Diluer l'acide phénique cristallisé avec une quantité de glycérine aussi minime que possible.

Bien vider le rectum. Opérer en dehors de toute période inflammatoire. Enduire les tumeurs d'huile ou de vaseline, pour éviter toute brûlure. Piquer avec une bonne seringue de Pravaz, jusqu'au centre de la tumeur, et pousser de trois à six gouttes. Si la tumeur est volumineuse, piquer en deux ou trois endroits différents et injecter seulement trois gouttes.

Laisser l'aiguille en place dans la tumeur avant de la retirer. Si la piqûre saignait un peu, la toucher avec de la glace ou un peu d'acide phénique pur.

Maintenir le patient au lit et, au bout de deux ou trois jours recommencer s'il y a d'autres tumeurs.

Les hémorrhoïdes s'affaissent, guérissent sans inflammations. Quelquefois il y a sphacèle très-limité.

Les tumeurs disparaissent complètement.
(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Le chloral, comme anesthésique chez les enfants, par M. *Rédier*. — L'auteur fait remarquer que les enfants jouissent, à l'égard du chloral, d'une tolérance particulière qui leur permet de supporter 4 à 5 grammes plusieurs jours de suite, alors que la même dose serait mal supportée par les adultes.

Les doses, qui paraissent nécessaires et suffisantes pour produir l'anesthésie. sont ; de 2 à 4 ans, 2 grammes : de 4 à 8 ans, 3 grammes ; de 8 à 12 ans, 4 grammes. Le mode d'administration le meilleur est la potion de 100 grammes, à parties égales d'eau et de sirop de groseille, prise en une seule fois à jeun.

Il est bon de ne procéder à une opération (extraction d'une dent, cautérisation ponctuée, ouverture d'abcès, etc.) qu'une heure ou une heure et demie après le début du sommeil, l'anesthésie étant plus complète après un certain temps. La durée du sommeil est de quatre à cinq heures

Le chloral aurait été employé comme anesthésique pour des opérations assez longues ou douloureuses, pour le redressement d'attitudes vicieuses et d'ankyloses (Bouchut), et même pour une opération de bec-de-lièvre qui aurait été pratiquée chez un enfant de 6 ans auquel on avait administré au préalable 2 gr. 50 de chloral. — (*Journal des Sc. méd. de Lille.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prix proposés pour l'année 1881.

Prix de l'académie. — Question : *Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.*

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale.*

Ce prix sera de la valeur de 1,200 francs.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Question : *Des accidents épileptiformes dans l'hystérie.*

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le Docteur Capuron. Question : *Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse.*

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le Baron Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

Prix fondé par M. le Docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le Docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par Madame veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné, tous les ans, à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et dans ce cas la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix fondé par M. le Docteur Daudet. — Question : *De l'épithélioma des lèvres et de son traitement.*

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le Docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le Docteur Lefèvre. — Ce prix sera écerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. Il sera de la valeur de 2,500 francs.

Prix fondé par M. le Marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1876 à 1881), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix sera de la valeur de 10,000 francs.

Prix fondé par M. le Docteur Saint-Lager. — *Extrait de la lettre du fondateur* :

« Je propose à l'Académie de médecine une somme « de 1,500 francs, pour la fondation d'un prix de pa- « reille somme, destiné à récompenser l'expérimenta- « tion qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la « suite de l'administration, aux animaux, de subs- « tances extraites des eaux ou des terrains à endémies « goîtreuses. »

Ce prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission accadémique.

Prix fondé par M. le Docteur de Alfaro, correspondant à Madrid. — Note déposée par le fondateur :

« J'offre à l'Académie la somme de 2,000 francs « pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur « mémoire sur la question suivante :

« Rechercher par quels moyens on pourrait, dans « les asiles publics et privés, destinés aux maladies « mentales, faire une plus large part au traitement « moral et augmenter les moyens d'action.

« Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement « rigoureux dans les affections mélancoliques. S'ap- « puyer sur des faits assez nombreux et bien cons- tatés par la science. »

Prix fondé par M. et Madame Saint-Paul. — M. et Madame Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs, pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée à « subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Faire connaître, par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition.*

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Nota. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1881 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1881.) Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Buignet et Desportes, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exempts de cette dernière disposition.

Prix de la Société de médecine de Marseille. — La Société nationale de médecine de Marseille donnera, dans le courant du mois de décembre de l'année 1880, un prix de trois cents francs au meilleur

mémoire sur une question de médecine ou de chirurgie. La Société serait désireuse de voir traiter par les candidats une question d'électricité médicale.

Les mémoires, accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, doivent être adressés avant le 30 septembre, terme de rigueur, à M. le Secrétaire de la Société, rue des Beaux-Arts, 3, à Marseille.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES D'ÉTRENNES

Un second article est absolument indispensable, non pas pour donner une idée complète de l'œuvre entreprise par la maison Hachette, ce qui exigerait au moins un volume, mais pour feuilleter encore quelques-uns des beaux livres d'étrennes qui causeront bientôt le bonheur des enfants et des adolescents, sans compter que beaucoup d'entre eux feront aussi les délices des papas et des mamans.

Commençons pas le *Monde physique*, notions élémentaires de physique terrestre et céleste, par M. Amédée Guillemin, à qui nous devons déjà tant d'ouvrages de vulgarisation, entr'autres *le ciel*, *les comètes*, etc. Le *Monde physique* formera trois beaux volumes in-8o jésus, illustrés de plus de mille gravures insérées dans le texte et des planches en couleur tirées à part. Nous n'avons encore que le tome premier comprenant la pesanteur, la gravitation universelle et le son. L'auteur s'est proposé un double but : 1o exposer les phénomènes physiques et leurs lois telles qu'elles sont données par l'expérience et le calcul; 2o faire connaître les applications pratiques de la physique aux arts, à l'industrie et à la science même. Il est inutile d'insister sur l'importance de ces découvertes, car dans notre siècle aucune science plus que la physique n'a contribué au développement du progrès et de la civilisation, il suffit de citer les chemins de fer, le télégraphe, la galvanoplastie et tout récemment le téléphone, le microphone, le phonographe et surtout le photophone. On sait que ce dernier instrument fait de l'agent lumineux ou calorique, le véhicule de la parole humaine. Le *Monde physique* sera donc le meilleur complément de tous les traités de physique et on peut affrmer d'avance l'immense succès qu'il aura auprès des élèves qu'auprès des hommes instruits.

Si le *Monde physique* nous fait connaître les propriétés générales des corps inorganiques; avec le *Monde de la mer* d'Alfred Frédol, nous pénétrons dans l'intimité des nombreux êtres organisés, végétaux et animaux, qui peuplent l'immensité des océans. Ce magnifique volume in-8o jésus, contenant 22 planches tirées en couleur, 14 plauches en noir et 320 gravures intercalées dans le texte, est déjà arrivé à sa troisième édition. On trouvera dans celle-ci toutes les découvertes dont se sont enrichies, dans ces derniers temps, la faune et la flore maritimes, grâce aux nombreuses expéditions scientifiques du Porcupine, du Challenger, etc. Nous devons surtout signaler les plus belles planches où se trouvent représentés les premiers développements des êtres, ce qui permet de nous familiariser avec ces premières formes qui sont souvent si différentes de celles de l'état adulte. On sait le rôle pour ainsi prépondérant, que l'évolution remplit actuellement dans la science. Nos confrères ne seront point étonnés du succès d'un pareil livre, quand nous leur dirons que sous le preudonyme d'Alfred Frédol, se cachait Moquin-Tandon qui a si longtemps professé l'histoire naturelle à la faculté de médecine de Paris et que nos plus savants zoologistes actuels ont contribué à sa brillante illustration.

Le *Monde physique* et *le monde de la mer* font partie de la magnifique collection destinée à la vulgarisation des sciences et des arts et qui compte parmi ses joyaux, *la Vie végétale* par Emery, *l'Univers, les infiniment grands et les infiniment petits*, par F. A. Fouchet, la *France universelle* par Paul Poiré, l'insecte par Michelet, *la Vie souterraine* par Simonin, le *Tableau de la nature* par Louis Figuier, etc.

Comme pendant au *Tour du monde*, la maison Hachette nous offre le *journal de la Jeunesse*, nouveau recueil hebdomadaire, illustré pour les enfants de dix à quinze ans. Ce n'est point un simple recueil de contes plus ou moins moraux et amusants, c'est un panorama varié à l'infini, une revue universelle des lettres, des sciences et des arts, à la portée des jeunes esprits curieux d'apprendre et des imaginations non encore blasées. Dans cette charmante publication, la fiction est mêlée si habilement à la réalité que la science n'y est jamais ennuyeuse et que le roman y est toujours instructif. Il suffit du reste de citer quelques-uns des écrivains à qui la rédaction en est confiée : Mmes Colomb, Emma d'Ewin, Zénaïde Fleuriot, Julie Gourand, Marie Maréchal, de Witt née Guizot, MM. A. Assollant, H. de la Blanchère, Richard Cortambert, Léon Cahun, Ernest Daudet, A. Guillemin, Xavier Marmier, etc., etc. Les huit premières années formant seize magnifiques volumes in-8o illustrés de 4800 gravures sur bois dues au crayon de nos plus habiles artistes.

Parlons aussi de la nouvelle collection blanche in-8o, à l'usage de la jeunesse dont le succès s'accroît de jour en jour. Elle s'est encore enrichie de nouveaux volumes parmi lesquels il faut citer : *Grand-Père*, par J. Girardin, illustré de 91 gravures dessinées sur bois par C. Delort. On sait que M. J. Girardin est le charmant auteur de l'*Oncle Placide*. Il s'agit, cette année, d'un pauvre petit enfant qui n'a pour soutien que son grand-père et une vieille servante Brigitte, pour ami le docteur Lenormand. Malheureusement nous ne pouvons entrer dans les détails et il nous fait seulement citer *Pendragon* par A. Assollant, *le Pays du soleil*, par R. Cortambert et Ch. Deslys, *Feu de paille*, par Mme Colomb, *l'ami François*, les *Momenoé*, *la petite reine*, par Ch. Deslys et *les deux mousses*, par L. Rousselet. Tous ces volumes sont illustrées de magnifiques gravures sur bois. Que n'aurions-nous pas à dire également de *la lanterne magique*, par J. Levoisin avec les dessins de Kate Grenaway en formant un album grand in-8o contenant plus de 100 gravures tirées en chromotypographie : de *la Mer glacée du pôle*, souvenir d'un voyage sur l'alerte par A. H. Markham, des *Infortunes de Chonchon*, par Mme Colomb et de l'*Histoire de deux petits frères* par Mme de Witt, née Guizot. L'illustration en est égalemeni charmante. Un mot aussi sur les *cent tableaux de géographie pittoresque* par Ch. Delon, un vrai traité de géographie en action qui plaira autant que les *Cent récits d'histoire naturelle* et *A travers nos campagnes* du même auteur. Ces trois volumes sont conçus sur le même plan et répondent au même but; instruire par les yeux.

La *Bibliothèque des merveilles*, cette merveilleuse collection des sciences appliquées s'est également accrue de quatre nouveaux volumes. Le rigoureux hi-

ver de 1879 a inspiré à Bouant, *les Grands froids*, pendant que Lesbozeilles nous décrive *Les merveilles polaires* et Ternant, *les Télégraphes*. Que ne dirons-nous pas des *Villes retrouvées* par Hanotaux qui nous font assister à l'antique civilisation des vieux empires assyriens et égyptiens ainsi qu'à celle des Grecs et des Romains. L'auteur a su tirer un parti bien intéressant des nombreuses découvertes archéologiques que font à l'envi l'un de l'autre, les antiquaires du monde entier.

Terminons par la *Bibliothèque rose illustrée* dont les nombreux volumes sont bien connus des jeunes enfants et surtout des jeunes filles. Apprenons donc à leurs parents que l'inépuisable Librairie Hachette leur a réservé pour cette année six nouveaux volumes : *Grand'maman*, par Ch. Deslys, *Cadette* par Mlls Fleuriot, *les Petits voisins* par Mlle Gourand, *Ginette* par Mlle de Martignat, *Belle, sage et bonne* par Mme de Rostopchine, les *Mésaventures de Mlle Thérèse*, par Mme de Stoltz.

Enfin il faudrait bien aussi dire un mot de ces grands et nombreux Dictionnaires, l'une des plus belles perles de la maison Hachettes et dont la belle exécution et le haut mérite font le plus grand honneur à la Librairie française de la langue française : par Littré, *de chimie*, Würtz, *de botanique* par H. Baillon, etc. Dr A. B.

CHRONIQUE

— La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solennelle le 18 avril, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Bouillaud, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, ceux de MM. Motet et Decaisne sur le concours de 1880, et le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné : à MM. Roussel Saint-Georges et Charles Mueser, des médailles d'argent et des récompenses de 250 fr ; à M. le docteur Nicolle, un encouragement de 100 fr. La Société a décerné en outre : une médaille de vermeil, 82 diplômes d'honneur.

AVIS

Clientèle à prendre immédiatement dans un département du centre, d'un revenu moyen de 7000 francs. — Le titulaire actuel désirerait céder cheval et voiture ainsi qu'un petit fonds de pharmacie.

Ecole pratique. — *Application de l'électricité médicale.* M. le Dr Aposloli commencera son cours, le mercredi 22 décembre à deux heures, amphithéâtre no 3. pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

CORRESPONDANCE

Les réponses aux lettres ne peuvent concerner que celles reçues jusqu'au mercredi inclusivement, le journal étant mis en pages le jeudi.

C'est aussi pour cette raison, que nous ne pourrons rendre compte de la réunion des membres du Concours *qui a eu lieu* jeudi, *que dans le prochain numéro.*

— Dr R., à L. (Rhône), 2 décembre.
Pour être inscrit vous devez faire parvenir une formule d'adhésion, revêtue de votre signature.

— Dr M., à B. (Nièvre), 8 décembre.
Vous avez tenu la conduite du parfait honnête homme. Nous vous écrirons au premier jour, pour un sujet qui peut vous intéresser.

— Dr M., à B., 678, 9 décembre.
M. Galante aura bientôt à votre disposition la boîte d'*uroscopie*; il y aura deux modèles et deux prix. Le *Concours* vous dira quand vous pourrez la réclamer. Fait l'envoi. Quant au no 37, épuisé à peu près, nous ne pouvons en disposer. Il est dans le cas du 28 que nous avons réclamé avec peu de succès à ceux de nos confrères qui l'auraient en double.

— Dr G.-L., à S., 10 décembre.
L'envoi sera fait complètement.

— M. L., médecin à St-R., 10 décembre.
Vous verrez que les attributions des Comités rend votre crainte illusoire. Le second point n'est guère en notre pouvoir. Non, pour le moment ; ce serait trop dispendieux. Oui, pour les réformes à poursuivre, vous ajoutez : « *On paie, dans la Somme, les médecins du service des indigents, 3 francs par famille et par an, que la famille ait un ou douze enfants (ce qui est ici fréquent), et qu'elle réside tout près du médecin, ou à 10 kilomètres. On a parlé de réorganiser le service en 1873. Nous attendons depuis lors.* » Pourquoi attendez-vous pourquoi ne faites vous pas partie de l'Association locale de la Somme ; elle compte soixante-trois membres, vous feriez le soixante-quatrième et auriez le droit de lui demander pourquoi elle tolère une semblable situation.

— Dr B., à M., 8 décembre.
Les termes de votre lettre nous font regretter encore plus votre empêchement.

— Dr B., à R., 172, 7 décembre.
On créera des commissions qui concentreront tous les renseignements sur les questions professionnelles soulevées, et dont elles rechercheront les solutions.

— Dr G., à V. (Vosges).
Sans conditions et aux même titre que votre confrère, qui a été bien inspiré de vous prêter le *Concours*, et vous permettre de nous écrire que vous partagez nos idées.

— Dr L.-M., à C., 689, 7 décembre.
Le regret est pour nous. Merci de vos souhaits. On fera l'observation pour le pliage. D'ordinaire on réussit a obtenir de n'être pas porté sur les listes du jury. Ce n'est pas un droit.

— Dr D., 291, 8 décembre.
Oui, quand cette liste sera publiée.

— Dr D.-L., à C. (Saône-et-Loire), 8 décembre.
Oui, comme membre participant.

— M. B., médecin à V., 134, 8 décembre.
Votre lettre sera mise à profit pour les propositions à faire.

— Dr O., à L., 1er novembre.
C'est par omission que reponse ne vous a pas été faite. Vous êtes membre-fondateur.

— Dr M., à M. (Vendée), 4 décembre.
Nous inscrivons votre confrère. Oui, pour la réunion prochaine on tiendra compte de votre observation. Ces incorrections tendent à disparaître.

— Dr G.-L., à S., 8 décembre.
On attendra pour la reproduction. Compliments pour vos efforts dans l'intérêt professionnel.

— Dr L., 42.
Nous voulions dire : Indiquez-nous, si c'est en qualité d'abonné ou de membre du *Concours*. Vous répondez : Il sera fait comme vous le désirez.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris, Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR: M. LE DOCTEUR AUGUSTE CÉZILLY.

DEUXIÈME ANNÉE. — N. 52. SAMEDI 25 DÉCEMBRE 1880. France et étrang. ab. un an. — 20 fr

Le numéro, 40 centimes. Pour MM. les étudiants, un an — 5 fr

Tout ce qui regarde l'Administration doit être adressé à M. l'Administrateur et tout ce qui concerne la Rédaction à M. le Secrétaire de la Rédaction.

BUREAUX: BOULEVARD SAINT-MICHEL, 105, PARIS

COMPTE-RENDU

DE LA

RÉUNION DES MEMBRES DU „CONCOURS MÉDICAL"

Le 16 Décembre 1880

La réunion préparatoire des adhérents du Concours médical s'est tenue le 16 décembre, au Grand-Hôtel.

Cinquante médecins environ avaient répondu à l'appel du directeur ; un grand nombre de lettres excusaient les absents et apportaient leur adhésion par avance aux mesures qui pourraient être prises.

A quatre heures, M. le Dr Cézilly prend place au bureau, assisté de M. Oudin, conseil judiciaire; de MM. les docteurs Marais, Gassot, Durand, Lebrun, et ouvre la séance par l'allocution suivante :

« Messieurs, à mon grand regret, cette réunion ne pourra revêtir le caractère d'intimité qui, dans l'avenir, je l'espère, caractérisera les réunions des membres du Concours médical.

Nous entretenir, nous concerter, nous renseigner les uns les autres, tel doit être, à mon avis notre but lorsque nous nous réunissons. Mais aujourd'hui, nous avons à aborder trop de sujets divers pour pouvoir nous affranchir de la forme quelque peu fastidieuse des rapports.

Encore, dois-je le dire, ces rapports seront forcément incomplets et nous devrons recourir au journal pour suppléer à l'insuffisance du temps que nous consacrerons à vous éclairer sur ce qui s'est passé, depuis dix-huit mois, au Concours médical.

Nous avons à exercer des revendications de tout genre, nous voulons réformer certaines de nos coutumes médicales et adopter quelques règles de conduite communes après les avoir discutées ; enfin nous avons des réclamations à faire près des pouvoirs publics.

Il nous importe donc d'utiliser la légitime influence que nous pouvons avoir, chacun dans notre milieu. Or cette influence, due aux sacrifices de toute sorte que nous nous imposons, souvent même hors de toute proportion avec notre position de fortune — cette influence existe et servira facilement nos intérêts si nous voulons agir de concert.

Le *Concours médical* n'est autre chose que notre moyen d'union, d'accord et d'action: c'est l'instrument dont nous devons nous servir le plus promptement possible, car les circonstances, à mon avis du moins, seront bientôt favorables. Je me réserve de vous dire, après le dîner, comment nous pourrons entrer en action, et M. le Dr Chevandier, le sympathique député de la Drôme, de son côté, nous indiquera quels sont les moyens les plus pratiques pour arriver à nos fins.

L'arme qu'il nous faut pour agir, je vous l'ai dit, c'est le Concours médical: depuis dix-huit mois, je m'efforce de lui donner toute la valeur qu'il comporte, et je puis vous affirmer qu'avec votre assistance, il sera bientôt de force à nous servir efficacement.

Vous savez que vous pouvez aborder, dans ses colonnes, toutes les questions qui vous intéressent, les discuter, proposer les solutions qui vous paraissent les meilleures. — Usez donc de vos droits !

Le Concours a maintenant la certitude de la du-

rée, des conditions d'avenir, on ne peut plus sérieuses ; il est même riche... Vous l'avez fait ce qu'il est; vous le ferez ce qu'il deviendra.

Je dis ce qu'il deviendra, car je ne me fais pas l'illusion de croire que parmi ses 1600 adhérents réguliers(1), il ne s'en trouve pas un certain nombre qui, mal informés, ne sont nullement dans les dispositions d'union, de solidarité qui deviendront les leurs, quand ils auront touché du doigt la force dont nous disposerons le jour où notre entente sera parfaite.

Vous savez bien, Messieurs, que cette entente laisse à chacun de nous sa liberté — et ce n'est pas moi qui aurais été assez téméraire pour vous proposer d'en aliéner une portion — mais ce que je sais, moi, c'est que les sentiments qui animent ceux de nos confrères qui sont parfaitement au courant de nos vues et qui m'animent moi-même, sont dignes d'être partagés par le médecin le plus élevé comme par le plus humble.

Je vous le prouverais en publiant la liste de nos adhérents : cette liste compte les noms les plus estimés — je ne dis pas les plus célèbres, ceci vous étonnerait! — On y trouve nombre de présidents des sociétés locales choisis par le suffrage de leurs confrères.... Vous voyez par ce seul exemple, Messieurs, que vous êtes en bonne compagnie. Il vous suffit d'ailleurs, comme à moi, de réfléchir que tout médecin, dès qu'il est honorable, est l'égal de son confrère quelle que soit sa situation, pour vous assurer que lorsqu'on arrive à se réunir 1600 dans des aspirations communes, le but qu'on poursuit ne peut être qu'élevé.

Nous voulons tous plus de solidarité, plus d'appui mutuel, plus d'initiative; nous voulons ne plus nous contenter de vaines récriminations ; nous voulons agir avec nos seules forces, savoir si la raison, la justice, le bon droit sont pour nous, et si notre union est assez puissante pour nous rendre à tous la situation à laquelle nous avons droit par notre instruction et aussi par les services que nous rendons à tous ceux qui nous approchent ! Nous voulons savoir si, *mettant nos intérêts en commun* dans la mesure du possible, si *faisant nos affaires nous-mêmes*, nous ne sommes pas capables de soulager nous-mêmes, dans leur misère, par notre travail et *autrement que par une société de secours mutuels*, ceux des nôtres qui souffrent injustement.

Les sociétés médicales sont puissantes ailleurs ; elles ont beaucoup fait pour leurs membres — pourquoi, dans notre pays, n'en serait il pas de même?

Je viens vous dire avec confiance : aujourd'hui, après un an et demi d'attente, le *Concours médical* est une force véritable ; il a fait ses preuves.

Et je juge non pas par induction, mais sur des faits positifs et probants : nous constatons d'abord un grand mouvement professionnel auquel le *Concours médical*, grâce à sa large publicité, est loin d'être étranger.

De plus, la situation de notre association est prospère; qu'il me suffise de vous dire que si nos frais sont considérables, les produits de la publicité du journal atteindront bientôt le double de ces frais, et que le jour ne me semble pas très-éloigné, où les sommes disponibles seront égales au revenu des capitaux amassés en vingt années par l'association générale.

Nous qui voulons être militants, nous n'aurons pas besoin de nous ménager des réserves; nous pourrons donc, en dépensant chaque année la plus grosse part de nos ressources, faire beaucoup de bien aux nôtres.

Notre réunion actuelle n'est que préparatoire: elle nous permet de faire connaissance, de prendre quelques décisions générales, de préparer les éléments de discussion sur notre organisation définitive.

Et à ce propos, je suis amené à vous dire que, voulant être chez nous, libres de nos allures, prêts et aptes à toutes les transformations selon les nécessités du moment, nous ne devons rechercher aucune autorisation, aucune faveur, aucun privilége. Un trop bienveillant président d'une des grandes associations départementales m'écrivait, il y a quelques jours, pour m'offrir de faire spontanément les démarches nécessaires pour assurer au Concours une faveur insigne, mais qui nous aurait liés. J'ai décliné, sans hésitation, cette proposition, faisant valoir près de notre confrère les légitimes motifs de notre abstention — il s'est rendu à mes raisons et nous resterons les obligés de sa bonne volonté et de sa sollicitude pour le Concours.

Messieurs,

La tâche que je me suis proposée en vous faisant, contre mes goûts, cette sorte de discours, serait heureusement accomplie si je parvenais à faire entrer dans votre esprit la conviction que vous êtes en présence d'une organisation encore en germe, mais féconde et qui renferme des éléments de grande vitalité.

A vous, incomberait alors le devoir de faire partager cette conviction à vos amis. Soyez assurés que le titre de *membre du Concours médical* aura bientôt sa valeur, et que ce sera un honneur d'exprimer, dans ses colonnes, son opinion scientifique ou professionnelle.

Je sais — et je le dis sans reproche — que certains confrères n'ont pas eu jusqu'à ce jour la foi qui m'anime... Je le comprends surabondamment; je m'explique leur situation d'esprit, et sais mieux que personne (permettez-moi de le dire) par mon dévouement absolu à l'œuvre que nous avons entreprise ensemble, que vous n'estimerez le Concours et ne vous attacherez passionément à lui, que le jour où vous lui aurez consacré sinon votre argent, ce qui serait à cette heure inutile, du moins deux choses encore plus précieuses, votre temps et votre peine.

Les enfants les plus chers à leurs parents sont, dit-on, ceux qui leur ont donné le plus de mal; mon souhait le plus ardent est que le Concours vous donne beaucoup de peine, mais aussi qu'il vous paye largement des soins que vous aurez consacrés à le rendre fort et robuste.

Je termine, Messieurs, en vous disant que j'ai la

(1) C'est-à-dire ceux qui ont envoyé leur adhésion écrite. — Il est impossible de compter les autres en ce moment.

conscience et la légitime fierté de la grande influence que vous m'avez conférée. Le représentant autorisé de bientôt deux mille médecins de France, assume des devoirs : je m'efforcerai de les remplir à votre satisfaction et j'espère qu'en mes mains, cette influence sera ce qu'elle doit être, c'est-à-dire, qu'elle sera au service de chacun d'entre vous. »

L'adhésion unanime qu'a rencontrée cette allocution et les applaudissements qui l'ont accueillie, ont montré à M. le docteur Cézilly que ses auditeurs savaient rendre justice aux efforts et à l'initiative hardie qu'avait réclamés la création d'une œuvre telle que le Concours médical.

Mr le docteur Lebrun, prenant alors la parole, a donné à la réunion un certain nombre de renseignements indispensables.

Chers Confrères,

Cette réunion, notre excellent directeur vous l'a dit, revêt un caractère spécial de son but lui-même et malheureusement n'affecte pas encore cette intimité que nous trouverons dans nos réunions ultérieures. — Nous ne voulons, en effet, pas plus rechercher la solennité des discours, que nous ne rechercherons l'intervention des grandes notabilités, des célébrités. Quand celles-ci voudront bien venir à nous, elles nous honoreront infiniment, mais nous n'oublierons jamais que nous sommes, en grande majorité, des praticiens préoccupés de leur union et de la défense de leurs droits.

On a réclamé déjà la nomination de dignitaires... Nous pensons que nos comités devront être composés de médecins praticiens connaissant nos nécessités, au courant de nos vœux, stimulés chaque jour par l'aiguillon des faits, qui leur montre ce qu'ils ont à redresser dans leur manière de faire.

Ces comités devront encore se renouveler assez souvent pour que les aptitudes qui n'auront pas été mises à l'épreuve puissent se révéler et nous rendre service à tous. Il faudra, d'autre part, tenir compte de l'expérience acquise, et des services rendus : les membres sortants pourront donc être réélus après un certain intervalle de temps et pendant ce temps même les comités en fonctions pourront faire appel à leurs lumières.

On nous a souvent adressé cette question : Pourquoi ne pas publier la liste des 1600 membres adhérents du Concours ?

Nous voyons à cette publication un grand inconvénient, celui de permettre des sollicitations directes pour détourner le Concours de la voie droite qu'il s'est tracée et dont il ne déviera pas. Ne croyez pas, messieurs, qu'il s'agisse ici d'une simple supposition ; l'expérience nous a prouvé que cette crainte était fondée.

Mais si cette publication intégrale est par nous jugée inopportune, nous ne voyons aucun inconvénient à des publications partielles, départementales par exemple, qui seraient adressées à ceux des membres qui désireraient les posséder. Chacun pourrait ainsi, connaissant ceux de ses confrères qui partagent sa manière de voir, donner à sa propagande et à ses efforts particuliers une direction plus profitable aux intérêts de tous.

Nous vous disons, Messieurs, que nous sommes 1600 ; c'est le chiffre des adhésions régulières : nous serions plus de 2000 si nous comptions les adhésions verbales transmises par des confrères. Vous comprendrez que nous exigions l'adhésion formelle dont la formule a été maintes fois publiée, ou tout au moins une adhésion par lettre signée, pour l'inscription régulière des membres du *Concours*.

Nous devons encore vous expliquer comment n'étant que 1600 ou 2000, si nous comptons les adhésions verbales, nous tirons notre journal à 5000 exemplaires : c'est que nous avons trouvé dans nos conditions de publicité toute spéciale, le moyen d'employer chaque semaine ces 3000 numéros supplémentaires et de faire connaître à nos confrères non adhérents, successivement et par séries, les idées que soutient le *Concours*.

Ce tirage considérable, qui sera certainement maintenu et vraisemblablement augmenté, constitue, vous le comprenez, un très-grand avantage pour les propriétaires des produits dont l'annonce et la recommandation ont été acceptées par le *Concours*.

Enfin c'est à cette grande publicité et à la façon dont notre journal aborde les questions qui intéressent tout le corps médical, qu'est dû le grand mouvement professionnel que tous nous constatons en ce moment.

Vous comprendrez probablement comme nous, qu'il n'est pas suffisant de nous entretenir une fois par semaine par la voie du journal et qu'il faudra tenir compte de ce grand et légitime besoin de conversation entre membres d'une même profession, que nous éprouvons.

Vous accepterez donc des dispositions qui vous seront proposées afin qu'au moins une fois par mois, les membres du *Concours* qui viennent à Paris, puissent se réunir dans un local qui leur appartienne, causer en toute liberté et recueillir tous les renseignements que nous nous ferons un plaisir de leur fournir.

Les journaux politiques ont leurs salles de dépêches ; il serait souhaitable que le *Concours médical* pût avoir sa salle de conversation. Or pour que cela soit, il suffit que vous en exprimiez le désir.

Nous n'avons pas à parler de la première année d'exercice du journal puisque, pendant cette période — on vous l'expliquera plus tard — les frais ayant très-largement excédé les produits, constituent une des raisons pour lesquelles sera immobilisée la propriété du journal.

Cette question de propriété et celle de l'organisation future de notre société, vont faire l'objet d'un rapport spécial du conseil judiciaire ; mais nous devons vous dire que, dans notre esprit, cette organisation comporte :

— Un directeur,

— Des comités spéciaux et, plus tard, un conseil général, des réunions fréquentes et, chaque année, une assemblée générale. Nous vous proposerons, pour étudier ces diverses questions, la nomination d'un *comité d'exécution*.

En outre, les questions professionnelles spéciales seront étudiées par des commissions particulières qui transmettront au directeur, avec leur rapport, l'ensemble des moyens qui leur paraîtra

susceptible d'amener la solution la plus favorable.

Le rôle du directeur est tout tracé : il conservera la plus grande partie des fonctions qu'il a assumées. Il devra posséder l'autorité nécessaire pour imprimer une marche régulière à tous les travaux du *Concours*. Sa voix, prépondérante en cas de partage dans les délibérations des comités, assurera cette régularité.

Les rôles spéciaux de chaque comité seront fixés d'une manière formelle et vous trouverez, dans les rapports qu'ils vous adresseront, les indications générales qui doivent présider à la rédaction de notre règlement intérieur.

Le conseil général, réclamé par plusieurs de nos confrères, serait choisi parmi les membres qui auraient donné des preuves de concours actif. Il serait appelé à résoudre des questions douteuses dans l'intervalle des assemblées générales; il interviendrait par exemple, au cas où l'exclusion d'un membre serait en question, etc., etc. Enfin chacun de ses membres aurait, dans sa région, le centre d'une organisation à déterminer.

Il convient d'ailleurs, d'entendre le rapport du *Conseil judiciaire* du concours ; ce n'est qu'après ses explications qu'il sera possible de préciser les points sur lesquels seront réclamés par la voie du journal, les conseils et les observations des adhérents du Concours. Nous estimons eu effet qu'une discussion approfondie doit précéder la réunion dans laquelle définitivement sera constituée notre société et seront votés les articles de nos statuts.

M. le Dr Cézilly, en donnant la parole à M. Oudin, conseil judiciaire du Concours, annonce que la réunion a failli être privée de ses lumières ; il croit être l'interprète de tous les membres présents, en remerciant d'une façon toute spéciale M. Oudin qui, victime d'un accident la veille, a quitté le lit pour venir à la réunion.

Messieurs,

Je n'ai pas besoin de vous rappeler le but que vous poursuivez tous ; il a été suffisamment développé et expliqué dans le *Concours médical*. Mon rôle consiste à chercher *la forme légale* qui répond le mieux à vos aspirations, à vos besoins, à vos intérêts.

Au milieu des sentiments d'union, de confraternité, de solidarité, qui forment la base de votre association naissante, se dégage une idée qui m'a particulièrement frappé et sur laquelle je crois devoir tout d'abord appeler votre attention.

J' i vu souvent répéter dans votre journal, cette affirmation que la *propriété du Concours médical* devait appartenir à tous les adhérents ; que ceux-ci étaient des fondateurs en nom collectif, qu'ils devaient tous participer aux bénéfices à provenir de l'exploitation du journal ; mais que néanmoins, ils ne pouvaient supporter aucune perte, n'encourir aucune responsabilité pécuniaire, ou risques quelconques.

Or, entre ces deux ordres d'idées : *propriété* d'une part, et *absence de charges* de l'autre, il y a contradiction absolue.

Je ne pense pas que vous ayiez jamais entendu les uns ou les autres être propriétaires, c'est-à-dire *exploitants* du journal, dans le véritable sens du mot. Vous voulez évidemment mettre en commun certaines ressources, certains profits, certains bénéfices qui proviendront de l'exploitation d'un journal dont vous n'êtes point les propriétaires, mais dont vous êtes les lecteurs, les adhérents et les collaborateurs.

Il faut donc distinguer soigneusement entre la propriété même du journal, et les bénéfices que peut vous procurer son exploitation. La propriété, l'administration, l'exploitation d'un journal constituent un acte commercial qui entraine avec lui des risques et des responsabilités qui peuvent aller jusqu'à la faillite.

Vous ne voulez certes point, vous transformer en commerçants.

La propriété du journal restera donc aux mains dn fondateur, le Dr Cézilly ; mais ce dernier, mettant à exécutions les promesses qu'il a faites à tous ses adhérents, vient aujourd'hui vous dire : J'ai fondé le *Concours médical*, seul, au débnt, à mes frais et à mes risques : les commencements ont été laborieux ; mais bientôt, entouré de vos chaudes sympathies et soutenu par vos encouragements, j'ai surmonté toutes les difficultés.

Le journal est maintenant une source de produits, vous devez en bénéficier.

Telles sont, Messieurs, les idées qu'il s'agit de réaliser maintenant.

Quelle sera donc la forme de votre association?

Vous devez d'abord écarter toutes les formes des *sociétés commerciales*.

En effet, la société que vous avez à fonder entre vous, ne peut avoir aucun caractère commercial.

La Société *en nom collectif*, ne serait point praticable, puisque, d'une part, elle limiterait le nombre des associés, et que d'autre part ceux-ci seraient responsables du passif social.

La *Société en commandite*, laisserait bien à la tête de la société un gérant qui serait seul propriétaire du journal ; mais il faudrait une souscription de capital et un versement sur les actions, qui ne sauraient rentrer dans vos vues.

La *Société anonyme*, vous rendrait tous propriétaires en commun du journal, mais elle vous en laisserait toutes les charges, dont vous ne voulez point.

La *Société à capital variable*, qui pourrait par certains côtés, remplir vos vues, est soumise par la loi à des conditions qui ne pourraient vous satisfaire.

Il ne vous reste donc plus que la *société civile* qui, fort heureusement vous laisse une grande liberté dans les stipulations que vous aurez à faire.

Ce qui sert de base à votre société c'est le journal.

Il faut donc commencer par établir toutes les conventions qui peuvent avoir trait à la propriété, à l'administration, à la rédaction et aux produits divers de ce journal. Ceci fait, vous aurez à constituer uno société qui aura pour objet la perception et l'emploi de la part de bénéfices vous revenant.

J'aborde la première partie :

Stipulations relatives au journal.

1° La propriété du journal reste appartenir au docteur Cézilly, son fondateur.

Il faudra déterminer dans quelles conditions cette propriété se transmettra soit du vivant du docteur Cézilly, soit en cas de décès ou d'impossibilité physique de celui-ci.

2° L'administration et la gérance du journal sont dévolues au docteur Cézilly (sauf les cas de transmission qui viennent d'être indiqués.)

L'administrateur gérant est assisté d'un *comité d'administation* composé de trois membres pris parmi les sociétaires du *Concours Médical*.

3° Les annonces, réclames et insertions, les traités de publicité concernant les eaux minérales, produits et spécialités ne sont admis que sur avis conforme d'un comité spécial dit : d'études d'annonces, composé de trois membres pris dans le sein du *Concours médical*.

4° Le docteur Cézilly continue à rester *rédacteur en chef* du journal ; mais il est assisté d'un comité de rédaction composé de trois membres, pris parmi les adhérents au Concours médical.

Il y aura à voir de quelle manière serait nommé le nouveau rédacteur en chef en cas de retrait volontaire, d'impossibilité physique ou de décès du docteur Cézilly.

5° Tous les frais généraux et les bénéfices nets restant, appartiennent, savoir :

10 pour cent à la propriété du journal.

90 pour cent, à la Société civile du Concours médical.

Bases de la Société civile.

I. — La Société civile est formée entre le docteur Cézilly et tous ceux qui adhèreront aux statuts.

II. — Elle a pour objet la perception et l'encaissement des quatre-vint-dix pour cent abandonnés par le docteur Cézilly sur les bénéfices à provenir de l'exploitation du journal le *Concours médical*, ainsi que l'emploi de ses fonds dans les termes ci-après indiqués.

III. — La durée de la Société est illimitée.

IV. — Le nombre des associés n'est pas limité. Chacun des associés peut se retirer volontairement.

Les sociétaires pourront être exclus de la société dans certains cas déterminés tels que : condamnations à des peines afflictives et infamantes, etc.

Dans ces deux cas l'associé sortant ou exclu, perd tous droits dans l'actif et dans les avantages sociaux,

V. Le capital social se compose des 90 0|0 sus-indiqués; il peut être accru du montant de tous dons et legs que pourraient faire des sociétaires ou des tiers.

VI. Le fonds social ne pourra jamais être distribué entre les sociétaires par voie de répartition proportionnelle et individuelle. Il ne pourra jamais être employé que dans l'intérêt commun des membres de la société, dans un but d'utilité générale, et en tous cas, que pour les usages et besoins déterminés par l'assemblée générale des sociétaires. Les fonds sociaux pourront néanmoins, le cas échant, être appliqués aux besoins particuliers d'un ou plusieurs sociétaires dans un but de confraternité, de solidarité, et de philanthropie dont l'assemblée générale restera toujours juge.

VII. Le docteur Cézilly est directeur de la société dans les termes de l'art 1856 du code civil

VIII. Il y aura à décider si le directeur ne doit point être assisté d'un comité ou conseil (autre que les trois comités ci-dessus prévus).

IX. — Chaque année a lieu une assemblée générale de tous les sociétaires ; cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la société civile.

X. — La société serait dissoute à défaut de bénéfices provenant du *Concours médical*.

Je n'ai indiqué que les points principaux, laissant de côté les détails. J'espère qu'ils vous auront donné une idée suffisamment claire sur la forme que doit prendre, et sur les principes que doit adopter *la société civile du Concours médical*, à la constitution de laquelle je m'estimerai heureux d'avoir pu prêter, moi aussi, mon *concours* dévoué.

Vous aurez, je l'espère, trouvé dans mon exposé un terrain solide pour cette importante questiou de la forme de votre société. Vous avez, d'ailleurs, jusqu'à l'époque de votre prochaine *assemblée générale* un délai suffisant pour discuter entre vous les termes définitifs de votre organisation et vous me trouverez toujours prêt à prendre part à cet examen.

Les explications si nettes du conseil judiciaire ont été écoutées avec toute l'attention qu'elles étaient en droit de réclamer. Ajoutons qu'elles ont été accueillies de la façon la plus favorable, et que la réunion aurait eu doublement à regretter l'absence de M. Oudin, si son état de santé ne lui avait pas permis d'être des nôtres.

M. le Dr Henri Marais donne ensuite lecture du rapport du comité de rédaction.

Rapport du comité de rédaction.

Messieurs et chers confrères,

Je dois vous entretenir du *Concours médical* au point de vue de la rédaction et du comité de rédaction qui assiste le directeur, rédacteur en chef, et partage avec lui la responsabilité de ce qui se publie dans notre feuille.

Vous appréciez toute l'importance que nous devons attacher au journal : c'est en lui que se concentre toute la vitalité de notre société confraternelle. On vous a dit, d'autre part, ce que, grâce à lui, vous avez pu faire jusqu'à ce jour pour le bien commun, et vous savez que déjà nous possédons les ressources nécessaires pour assurer son existence et lui continuer la vigoureuse impulsion que l'initiative hardie de son fondateur lui a communiquée.

Messieurs,

Nous nous sommes groupés pour mettre nos intérêts en commun, lutter contre les causes de désagrégation qui affaiblissent et ruinent notre profession. Notre journal est donc et restera, avant tout, l'organe de nos intérêts professionnels. Avec votre concours dévoué et persévérant, il pourra les défendre vigoureusement. Il contribuera largement à l'amélioration de la situation si pénible et surtout si imméritée de la grande majorité d'entre nous.

Nos intérêts moraux ont été jusqu'alors presque exclusivement défendus par une partie de la presse médicale. C'est un devoir pour nous de rendre ici un hommage public de respect et de gratitude à l'un des organes les plus autorisés *l'Union médicale*. Il suffit à l'honneur d'un journal d'avoir posé les fondements de *l'Association générale des médecins de France*.

L'Union médicale a solidarisé les forces morales, nous voulons, nous, solidariser en même temps les forces matérielles.

Le Concours médical est venu mettre nos efforts et notre influence en commun, s'ingéniant à diminuer nos charges, nous soutenant dans la lutte quotidienne pour la vie, réalisant enfin cette belle maxime : *Aidez-vous les uns les autres*.

Pour la première fois peut-être, le praticien perdu dans son isolement a vu venir à son foyer un ami sincère, s'informant de ses besoins, accueillant ses plaintes, lui offrant son appui.

Oui, la correspondance du journal en fait foi, le le Concours médical a relevé les forces de beaucoup des nôtres, habitués à ne plus espérer d'aide de personne.

Mais vous devez concevoir, Messieurs, qu'un journal comme le vôtre, en correspondance continuelle avec ses lecteurs, embrassant dans sa vaste publicité les sujets les plus divers, est une lourde charge pour celui qui vous en a dotés. Ne pouvant suffire à une pareille besogne, il a dû s'entourer de quelques collaborateurs initiés à ses vues, spécialement attachés au journal et devant se partager le travail matériel, pour centraliser, classer et étudier les matériaux qui composent le journal.

C'est le rôle du comité de rédaction.

Ce Comité est composé de trois membres : deux des départements, un de Paris, choisis parmi les médecins praticiens membres du *Concours*. Ils sont nommés par le directeur et peuvent, s'il y a lieu, se renouveler au bout d'un certain temps. Leur traitement sera fixé plus tard. Leurs attributions sont déterminées par le directeur.

Leur tâche sera facilitée par la création qui aura lieu incessamment, de commissions spéciales, notamment au point de vue professionnel.

La correspondance du journal, les rapports des sociétés locales désignent d'une façon naturelle les membres les plus aptes à concentrer les renseignements sur tel ou tel sujet.

Cette division du travail facilitera les études et la bonne solution des questions. Les documents ainsi rassemblés, parviendraient alors au comité de rédaction qui en opérera le classement et la révision pour les utiliser au moment voulu.

Les vœux à formuler et les mesures à prendre pour en assurer la réalisation, seront l'attribution d'une commission d'exécution spéciale, qui devra se mettre en rapport direct avec les autorités.

Est-il nécessaire de vous dire quelles sont les idées qui inspireront toujours la rédaction ? — Vous les connaissez déjà.

Nous considérons la chronique professionnelle comme la partie vitale du journal — c'est sa raison d'être — nous la développerons largement.

Comme organe scientifique, le Concours voudrait être vraiment le journal des praticiens. Il n'a pas la prétention de supplanter les autres, encore moins de les imiter servilement. Il lui faut son originalité propre, et, grâce à vous, il l'aura. — Remarquez que beaucoup de journaux — presque tous — se flattent de s'adresser spécialement aux praticiens : c'est leur constante préoccupation; mais ils sont rédigés ou composés par des hommes souvent étrangers à la pratique provinciale, ne connaissant ni nos besoins ni les exigences de notre clientèle, et ne voyant en nous que des écoliers dont l'éducation est inachevée et qui ne sauraient ni observer ni penser par eux-mêmes; ils puisent exclusivement aux sources intarissables de la science officielle.

Nous tiendrons toujours en haute estime l'opinion de nos maîtres, mais nous oserons prendre quelquefois celle de nos égaux. Nous voulons que le journal facilite l'échange des vues, des critiques, des réflexions de chacun de vous sur tous les points de la pratique journalière. Nous avons déjà tenté quelques essais dans ce sens, ils n'ont pas donné de résultats appréciables. Cette indifférence ne nous a pas surpris : l'habitude de correspondre entre nous par l'intermédiaire d'un journal, n'existe pas en France et on conçoit qu'elle ne puisse être implantée du jour au lendemain. On y arrivera avec de la persévérance et la bonne volonté de ceux qui voudront donner l'exemple. Nous attachons beaucoup d'importance à ce genre de correspondance. Outre qu'elle est toujours intéressante pour la galerie, elle suggère des idées et stimule l'intelligence; enfin elle est à la portée du plus humble et du plus occupé d'entre nous, car elle ne nécessite ni perte de temps ni frais de style.

Nous serons sobres de comptes-rendus des sociétés savantes et de leçons didactiques : c'est un fonds commun auquel puisent tous les journaux et nous ne désirons en aucune façon établir de concurrence. L'excellent *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, que nous rencontrons sur le bureau de la plupart de nos confrères, suffit amplement à cet égard.

Quand un sujet s'imposera par son actualité ou son intérêt exceptionnel, nous ne craindrons pas de lui consacrer tout l'espace nécessaire : il est d'ailleurs plus commode et plus avantageux de trouver dans un numéro les développements qu'on a l'habitude d'éparpiller dans les numéros suivants, dans la crainte puérile de fatiguer le lecteur — si on craint de le fatiguer, c'est qu'on ne sait pas l'intéresser.

Et puis il y a des questions sur lesquelles il faut revenir sans cesse : telles sont l'association, les assurances sur la vie, etc.

Nous vous tiendrons au courant de ce qui se fait et se dit à l'étranger, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel. Nos échanges avec l'Angleterre et l'Amérique sont déjà suffisamment développés : nous nous en félicitons, car les échanges, en étendant considérablement le cercle de notre publicité, créent des relations et ne peuvent qu'accroître les bénéfices du journal. Une feuille qui pénètre aux quatre coins du monde, y laisse, un jour ou l'autre, quelque trace de son passage. De plus, vous pou-

vez comparer la situation des médecins étrangers avec la vôtre, et vous serez à la fois surpris et consolés de voir qu'ils se plaignent autant que vous!

Deux fois par mois environ, nous publierons une revue étrangère.

Enfin nous chercherons à développer encore la petite correspondance pour que nous puissions nous donner réciproquement toutes sortes de renseignements, faire des échanges et nous obliger mutuellement le plus souvent possible.

Pour réaliser ce progamme et poursuivre ces améliorations, il nous faudra sans doute quelques pages de plus. Il vous sera certainement agréable d'apprendre que, dès le 1er janvier prochain, quatre pages seront ajoutées au journal pour la nécessité des annonces. Nous pourrons reporter dans ces pages les avis journaliers, la correspondance, la bibliographie, et cette combinaison nous permettra de consacrer plus de place aux matières de la rédaction.

Vous avez pu remarquer que jamais une réclame déguisée ne s'est glissée dans le corps du journal : nous n'accepterons jamais de compromis à ce sujet; mais les annonces seront rédigées avec un soin particulier. Nous nous efforcerons d'en faire une œuvre sérieuse et instructive, fertile en applications pratiques.

Pour vous donner une idée de l'importance de notre publicité, vous saurez que l'exécution matérielle du journal absorbe une somme supérieure à vingt mille francs.

Nous n'avons pas besoin d'affirmer la complète indépendance du journal : il ne relève que de vous-mêmes. Il accueillera toutes les opinions, en laissant la responsabilité à leur seul auteur.

Le journal doit être un être impersonnel et irresponsable — que nos confrères ne l'oublient pas !

J'ai terminé, Messieurs. Nous avons foi dans l'œuvre fondée par M. le Dr Cézilly : nous l'avons énergiquement soutenu et nous espérons que vous joindrez vos efforts aux nôtres en nous aidant de votre concours actif et persévérant.

M. le Dr Gassot, membre du comité d'études des annonces, donne lecture ensuite du rapport spécial de ce comité.

Rapport du comité d'études.

Messieurs et chers confrères,

Notre sympathique directeur, M. le Dr Cézilly, qui m'avait appelé à faire partie du comité d'études pour les annonces du Concours, m'a chargé de de vous faire un rapport sur cette partie intéressante du service.

Vous connaissez notre manière de voir sur ce sujet; elle a été exposée dans le journal à plusieurs reprises et nous l'avons déjà mise en pratique — je ne m'arrêterai donc pas à des considérations théoriques et j'aborderai immédiatement la liste des produits que nous avons adoptés, pour examiner avec vous si la spécialisation de ces produits était légitime et si leur adoption était conforme au programme que nous nous étions tracé.

Et tout d'abord occupons-nous des *Eaux minérales*.

Quatre grandes classes se trouvent d'abord représentées.

Nous avons une eau purgative, la *Victoria* : sa minéralisation est plus riche que celle de ses rivales, son action est sûre et précise, et si un reproche lui pouvait être adressé, ce serait celui d'être trop peu connue — c'est à nous, messieurs, qu'il appartient de combler cette lacune et de la faire connaître,

Nous aurions sans doute bien désiré donner la préférence à une source française ; mais, vous le savez, en cette matière la France est bien déshéritée, et aucune considération sentimentale ne saurait donner à *Vacqueyras Montmirail* plus de 17 grammes de sels par litre. Quant à cette source espagnole qu'on a baptisée récemment française, ce peut être une mine de sulfate de soude, ce n'est, à coup sûr, pas un produit médical !

Contrexéville, dans la classe des eaux salines sulfatées mixtes, s'imposait à notre choix, et je crois inutile d'insister sur l'adoption d'une source unique en son genre — c'est là une considération qui dispense de toutes celles que je pourrais m'ingénier à vous présenter.

Les eaux sulfureuses sont représentées par les *Eaux-Bonnes* dont la réputation n'est plus à établir bien que, depuis quelques années, des rivales leur soient nées comme par enchantement.

On représente volontiers les Eaux-Bonnes comme délaissées : il fallait, sur place, voir ce qu'il en était et s'assurer si véritablement elles n'étaient pas déchues de leur antique renommée. J'ai fait, messieurs, le voyage d'Eaux-Bonnes et, bien que le fort de la saison eût été passé, je puis vous assurer que ce n'est rien moins qu'un désert.

La valeur véritable, je n'ai pas à vous l'apprendre, ne suffit pas toujours, elle a besoin souvent d'être mise en relief par un peu de savoir-faire. — C'est précisément ce savoir-faire qui a manqué à Eaux-Bonnes.

Alors que toutes les stations rivales s'efforçaient de rendre leur séjour agréable aux étrangers et réunissaient à l'envi tous les attraits qu'on est en droit de réclamer aux villes d'eaux, Eaux-Bonnes s'endormait confiante dans la renommée de ses sources, et la surprise fut grande le jour où elle s'aperçut que la *Promenade horizontale* ne suffisait pas à distraire cette foule de gens bien portants qui vient accompagner des parents ou des amis malades. — Le séjour aux Eaux-Bonnes est monotone ; ce n'est pas une station à la mode. — La situation, croyez le bien, a été exploitée, et au delà de toute mesure.

Une réaction devait se produire: voyant leurs intérêts menacés, les Ossalois ont réalisé quelques améliorations; un casino a été commencé... mais l'hostilité sourde de la municipalité contre la compagnie fermière des sources aurait amené bien

des retards si Messieurs Chancerelle, s'imposant encore un nouveau sacrifice, n'avaient pris le parti de faire disparaître toutes les difficultés.

Revenons à ce qui nous concerne, c'est-à-dire à la question médicale.

Je n'ai pas besoin de vous dire que la composition des eaux n'a pas varié et que leurs vertus sont toujours les mêmes, mais je dois vous signaler les améliorations réalisées dans le captage des sources, qui maintenant ne laisse rien à désirer et l'aménagement vraiment luxueux des salles de bains, de gargarismes et de pulvérisations.

Je dois aussi parler de la mise en bouteilles que Messieurs *Chancerelle* ont modifiée de la façon la plus heureuse, grâce à un nouveau procédé de bouchage qui évite autant que possible, l'introduction de l'air dans la bouteille. Je voudrais pouvoir m'étendre sur ce sujet, mais on m'a recommandé une certaine concision, et je dois me borner à vous dire que si ce n'est pas encore la perfection absolue (qui d'ailleurs est impossible), c'est au moins un mode de faire qui en est très-voisin.

Vous comprendrez, Messieurs, que, dans ces conditions, nous n'ayons pas hésité un seul instant à accepter l'annonce des Eaux-Bonnes et que, pour prendre notre décision, nous ayons obéi à des considérations autres que les engouements de la mode, l'éclat des bals ou la multiplicité des concerts.

La *Reine* de *Vals* est notre eau de table; alcaline, légère comme la *Saint-Jean*, elle présente sur cette dernière, l'avantage d'une plus grande richesse en gaz carbonique. Facilement acceptée par les estomacs les plus délicats, elle se recommandait à notre attention au moment où l'usage des eaux minérales naturelles tend à se généraliser de plus en plus.

J'ai fini avec les eaux minérales : nous ne demanderions certes pas mieux que d'avoir un arsenal plus riche, mais pour acquérir la richesse, — nous le savons aussi bien que personne — il ne suffit pas de la désirer !

Me permettrez-vous enfin de vous dire, Messieurs, que des traités importants sont sur le point d'être conclus et que nous ne doutons pas un seul instant qu'ils ne nous donnent les satisfactions que nous avons obtenues des traités antérieurement consentis ?

Les produits pharmaceutiques sont un peu plus nombreux :

Nous trouvons d'abord les *Emulsions de* Le Beuf au goudron, au coaltar, au baume de Tolu. Le principe sur lequel réside ce mode de préparation n'est plus à discuter : Gubler, qui s'y connaissait, en a fait l'éloge dans ses commentaires thérapeutiques du codex. Ces émulsions renferment le médicament en nature, sans altération d'aucune sorte, et dans l'état de division mécanique le plus parfait; enfin M. Le Beuf, qui a conscience de la valeur réelle de ses produits, apporte dans leur préparation les soins les plus minutieux.

Profitant de mon voyage aux Eaux-Bonnes pour passer à Bayonne, j'ai pu me convaincre *de visu* des nombreux avantages que pouvait présenter l'adoption des émulsions Le Beuf.

Le nom d'*Ossian Henry* attaché à des vins de quinquina était, à lui seul, une garantie de bonne préparation. On ne pouvait attendre du savant auteur de l'*Etude sur les quinines* autre chose qu'un produit parfait. Les *vins titrés d'Ossian Henry* sont, entre les mains du médecin, une véritable arme de précision dont le choix ne se discute pas.

La juste renommée qui s'est attachée à la *Pepsine Boudault* devait également lever tous nos scrupules : c'est, au dire du Dr Lereboullet, un de ces médicaments que le médecin *peut et doit prescrire en toutes lettres*. — Or, vous savez si notre confrère est tendre pour les spécialités ! — D'ailleurs la préparation de la pepsine est difficile et, si l'on veut éviter les mécomptes que donnent les pepsines du commerec, force est bien d'adopter une marque spéciale.

L'*Iodure de fer* est un médicament qui s'altère avec la plus grande facilité et les difficultés de sa conservation augmentent encore s'il est préparé sous la forme si commode de dragées. *M. Blancard*, le premier, est parvenu à obtenir un produit vraiment inaltérable. Nous aurions donc eu mauvaise grâce à fixer notre choix sur une de ces autres marques qui ne sont en réalité que des imitations et qui n'ont réalisé aucun progrès.

L'Atropine est appelée à entrer de plus en plus dans notre arsenal pharmaceutique, mais c'est une substance dont le maniement est assez délicat. Les atropines du commerce chez lesquelles on ne rencontre aucune constance d'action peuvent exposer à des dangers sérieux — nous devions donc songer à nous assurer un produit de préparation irréprochable, fidèle dans son action, rigoureusement dosé. Le produit obtenu par *M. Moreaux*, savant aussi modeste que consciencieux, nous a paru réunir ces qualités précieuses. Disons d'ailleurs que certains granules qui font grand bruit dans la presse médicale sont préparés avec le produit de M. Moreaux.

Nous avons enfin adopté la *Solution Bourguignon* au chlorhydro-phosphate de chaux. L'usage du phosphate de chaux se répand de plus en plus et les produits spécialisés abondent : on trouve des phosphates acides, des lactophosphates, des hypophosphites, etc... A toutes ces préparations, nous avons préféré le chlorhydro-phosphate qui présente le médicament sous la forme même où l'économie l'absorbe. Mais ce chlorhydro-phosphate est d'une préparation difficile qui exige des appareils spéciaux et un soin tout particulier. Le pharmacien ne peut le préparer lui-même — force nous était donc encore d'adopter un produit spécialisé.

La solution Bourguignon, préparée par M. Laboureur, répond à toutes les conditions qu'on peut exiger d'un semblable médicament et j'ai pu, moi-même, dans une visite au laboratoire, me convaincre des précautions et des soins dont sa pré-

paration et sa conservation sont entourées, avant qu'elle ne soit livrée au public.

Enfin quelques confrères nous avaient demandé de leur indiquer, à Paris, une maison où ils pussent s'approvisionner pour leur propre pharmacie : en faisant choix de la *maison Adrian et Cie*, nous avons cru pouvoir leur assurer, avec des conditions commerciales avantageuses, toute garantie sur la qualité des produits.

J'ai fini mon énumération et crois vous avoir montré que, si les produits acceptés par nous sont peu nombreux, ils se distinguent du moins par leur valeur incontestable.

Je suis convaincu, Messieurs et chers confrères, que vous avez ratifié nos choix, car des témoignages de satisfaction nous sont donnés par les propriétaires de ces produits eux-mêmes. Je vous dirai donc en terminant : faisons résolûment acte de concours en donnant à ces produits la préférence sur les produits similaires et prouvons que, si nous nous sommes montrés exigeants, nous savons gré de leur confiance à ceux qui ont bien voulu venir à nous.

M. le Dr Durand, membre du comité d'administration, donne lecture du rapport de ce comité.

Rapport du comité d'administration.

Messieurs, et chers confrères,

Le comité d'annonces vous a donné lecture des motifs qui ont milité en faveur de l'acceptation par le Concours médical des produits et des Eaux minérales qui ont réclamé sa publicité.

Lorsque vous aurez définitivement constitué le conseil d'administration, les membres de ce conseil auront à examiner si les adoptions du comité d'études sont conformes au programme accepté par les adhérents du Concours.

Jusqu'à ce jour, par la force des choses, n'ayant aucune situation déterminée, nous ne pouvions être consultés qu'à titre officieux par le directeur.

Nous pensons que, comme nous, vous serez unanimes à reconnaître que ces choix ont été faits en conformité avec nos vues communes.

Le nombre des produits acceptés et recommandés a été jusqu'ici très restreint :

Il ne pouvait en être autrement, puisque le *Concours médical* d'après le programme qui a présidé à sa fondation, ne peut et ne veut préconiser que des produits dont l'efficacité est reconnue indiscutable.

Et, d'ailleurs, c'est parce que nous avons le droit et le devoir d'être très difficiles, que notre sympathique directeur a eu à vaincre bien des obstacles. Il ne lui a été permis d'en triompher que grâce à son énergie opiniâtre et aux sacrifices qu'il a su s'imposer en faisant les premiers frais.

Au début personne ne croyait au succès.

Aujourd'hui la situation est bien modifiée; le *Concours médical* a affirmé la puissance de son action ; des résultats ont été acquis : et il faut, comme nous, avoir eu sous les yeux le volumineux dossier des nombreuses propositions de produits pour demeurer convaincus que nous avons le droit de dicter nos conditions.

Nous avons la satisfaction de vous annoncer qu'un traité de publicité vient d'être conclu au sujet de l'établissement orthopédique de M. le Dr Pravaz à Lyon. Vous connaissez tous ce nom essentiellement médical. Nos clients trouveront dans cette maison des soins éclairés, fruits de l'expérience des générations médicales.

La maison Galante se met en toutes circonstances à notre disposition pour tout ce qui peut intéresser nos confrères. Dès qu'une modification instrumentale est le fait d'un des nôtres, il est assuré de la voir soumise à un examen approfondi. Vous en aurez bientôt plusieurs démonstrations intéressantes.

La maison Dupont est également à votre service pour tout ce qui pourrait vous suggérer le bien-être de vos malades, de vos fracturés, de vos convalescents.

La question si intéressante et si peu avancée de l'application de l'électricité à la cure des maladies, doit faire des progrès. Tout ce que suggèrera l'esprit d'invention des membres du *Concours* trouvera une collaboration intelligente auprès de M. Chardin.

Les compagnies d'assurances pour lesquelles le Concours médical fait une publicité si puissante et nous pouvons le dire si éclairée, auprès d'un public capable d'en apprécier les bienfaits, nous ont fait et nous feront des avantages dont vous apprécierez de plus en plus la valeur.

Sans lui réclamer aucune rétribution, nous avons voulu venir en aide à un dentiste de valeur officiellement reconnue, *M. Delalain*. Son titre à cette faveur consistait dans les faits de généreuse intervention auprès des malheureux, et dans la certitude que nous avons acquise que nos clients n'auront qu'à se louer de ses soins.

Quant aux fournisseurs, aucun traité ne nous lie avec eux et c'est rendre un véritable service au Concours, que de nous indiquer toutes ces modifications que comporte cette organisation. Il est même avantageux que quelques-uns des nôtres veuillent bien le plus tôt possible se charger d'organiser sur place tout ce qui serait de leur compétence en suivant l'exemple déjà donné par quelques-uns de nos confrères.

L'expérience, courte, restreinte qui en a été faite jusqu'à ce jour prouve avec évidence, qu'il y avait là aussi de sérieux services à nous rendre les uns aux autres.

Lorsqu'il sera en fonctions régulières, le comité d'études aura à se prononcer sur la valeur des produits offerts et, en cas d'acceptation, le comité d'administration décidera si les propositions faites au directeur par les propriétaires, sont ou non acceptables.

Depuis dix-huit mois le *Concours médical* a adopté quatre eaux minérales et huit produits spécialisés. — Il a fait de la publicité à un établissement qui met en pratique une méthode thérapeutique sérieuse.

Vous avez remarqué aussi les indications, dans le journal, du Conseil judiciaire dont vous venez d'entendre le rapport autorisé et mûrement étu-

dié, et d'un conseil d'affaires que, de concert avec la direction, et d'après la courte expérience du passé, nous sommes fondés à considérer comme apte à rendre les services les plus signalés aux membres du *Concours*.

Nous avons examiné la teneur de tous les traités conclus jusqu'à ce jour, et le comité d'administration par l'organe de son rapporteur vous déclare que ces traités sont satisfaisants.

Toutes les pièces comptables nous ayant été soumises, nous avons acquis la certitude que, durant la première période de son existence, le *Concours* a été en déficit. Ce déficit a été pris à sa charge par le directeur, seul responsable.

L'existence réelle du *Concours* ne peut donc compter qu'à dater du 1er juillet 1880.

Si l'Assemblée générale n'était tenue qu'au 1er juillet prochain, le comité d'administration pourrait mettre à sa disposition, une somme importante dont elle déterminerait les affectations.

Mais déjà, sûr de l'excédent de recettes, le comité provisoire actuel, vous propose de transporter le siège du *Concours* dans un point plus central de Paris, et de le mettre ainsi plus à la portée de tous.

Nous profitons de cette proposition pour vous faire part de notre intention de faire choix d'un local plus spacieux que le local actuel et plus à même de répondre aux nécessités qu'imposera bientôt le développement de notre prospérité matérielle.

Il est donc avantageux pour chacun de nous et en vue d'un intérêt de solidarité, de recourir aux fournisseurs indiqués par le journal, sauf bien entendu à transmettre nos observations, en cas de mécontentement.

Multiplions ces actes de concours. Les avantages légitimes que nous en recueillerons seront grands et nous permettront d'obtenir promptement la réalisation de toutes les promesses faites par le directeur, M. le docteur Cézilly.

Ne vivons plus dans l'isolement qui fait notre faiblesse ; soyons unis, soyons persévérants, mes chers confrères, et le succès le plus éclatant couronnera nos efforts.

Ces divers rapports ont obtenu l'assentiment de la réunion qui leur donne son entière approbation.

M. le Dr Cézilly, reprenant la parole pour préciser les points qui doivent particulièrement être mis en lumière, résume les divers rapports et les communications faites dans le journal aux adhérents, et conclut aux propositions suivantes qui devront servir de base à l'organisation de la future société de *Concours médical*.

1° Le *Concours Médical* ne doit avoir aucun caractère commercial; il ne peut être une source de gain individuel pour les adhérents; il doit se préoccuper avant tout d'établir de la façon la plus intime l'union de ses adhérents, et de faire servir cette union à l'amélioration de la situation du corps médical.

2° Le *Concours Médical* doit consacrer les produits de son exploitation au *service gratuit* du journal à *l'amélioration de la rédaction* qui devra atteindre la valeur que comporte le nombre des lecteurs, et les *bénéfices nets* de cette exploitation devront être affectés à la satisfaction des besoins collectifs des adhérents.

3° Le *Concours Médical* doit, par divers moyens, procurer à ses adhérents toutes les économies possibles, et principalement par le moyen de fournisseurs communs, d'assurances communes à des compagnies qui consentent, en leur faveur, des avantages spéciaux.

4° Aucun adhérent, pour quelque cause que ce soit, ne peut encourir de responsabilité pécuniaire du fait de son adhésion.

5° Le fondateur du *Concours Médical* est, de droit, son directeur; il a le droit de présenter son successeur à l'agrément de la société; il prélève sur les bénéfices nets de l'exploitation 10 0/0, somme destinée à le rémunérer des avances faites par lui à la société et qui constituent son titre de propriété.

6° Le *Concours médical* est constitué sous forme de *société civile*, pour la perception et l'affectation, conformément au programme du *Concours*, des 90 0/0 des bénéfices restants.

La durée de cette société est illimitée.

Elle est constituée par la réunion des 2000 premiers adhérents, mais elle peut s'accroître par agrégations successives qui se feront d'après une règle ultérieurement adoptée.

Elle prévoit le *retrait d'adhésion* de ses membres et se réserve contre eux, le cas échéant, le droit d'exclusion.

Elle est dissoute si les *bénéfices* viennent à faire défaut.

7° Le directeur gérant, seul responsable, reste propriétaire du journal et conserve pour sa gestion, les pouvoirs les plus étendus. Néanmoins, l'esprit général de cette gestion devant être dirigé constamment dans le sens de l'amélioration de la situation générale des adhérents, ceux-ci sont représentés près du directeur, par un comité ou conseil d'administration nommé en assemblée générale.

8° Le *comité d'administration* est composé de trois membres, il se renouvelle par tiers chaque année (1). Ses membres sortants sont rééligibles dans des conditions qui seront ultérieurement fixées.

Le traitement des membres du comité d'administration sera, chaque année, fixé en assemblée générale.

9° Le comité d'administration contrôle la comptabilité; il émet son avis sur tous les actes de la gérance, sur les traités proposés au *Coucours*, etc.; il fait, chaque année, à l'assemblée générale, un rapport établissant le budget de l'année écoulée; enfin il surveille l'emploi des bénéfices selon l'affectation décidée par l'*assemblée générale*.

(1) Les membres du premier comité d'administration seront nommés pour deux années ; au bout de cette période, le renouvellement se fera comme il est exposé ci-dessus — le sort déterminant l'ordre de sortie.

10° Le directeur est assisté de *comités* et de *commissions* dont les membres sont à sa nomination et qui remplissent les fonctions spéciales qui ont motivé leur création.

Deux de ces comités sont permanents :

A. Le *comité de rédaction*, concourt à la rédaction du journal, s'inspirant de la *ligne scientifique* et *professionnelle* qui a été exposée dans son rapport. Le directeur, qui est à la fois rédacteur en chef, peut déléguer temporairement ses pouvoirs à l'un des membres de ce comité.

B. Le *comité d'études des annonces*, est chargé spécialement de rechercher quelle est la valeur des produits, eaux minérales, méthodes thérapeutiques ou établissements du ressort médical qui sollicitent la publicité du *Concours*.

11° *Un conseil général*, composé de membres pris dans toutes les régions de la France conserve les traditions du *Concours* (1).

Il prononce souverainement sur le cas d'exclusion.

Il résout, dans l'intervalle des assemblées générales, les questions douteuses.

12° Des mesures spéciales seront prises dans le contrat qui interviendra entre M. le Dr Cézilly, propriétaire du journal, et la société civile en voie de formation, pour assurer la durée du *Concours Médical* et le mettre à l'abri de toutes tentatives qui auraient pour but de changer son caractère.

M. le Dr Cézilly explique que ce ne sont pas là évidemment des articles de statuts et que, s'il a adopté cette forme de propositions, c'est qu'elle lui a paru présenter des avantages au point de vue des discussions qui vont mûrir ces projets d'organisation.

Il est, en effet, indispensable que chacun des adhérents examine attentivement les bases sur lesquelles seront formulés les statuts définitifs et présente ses observations personnelles. Or la division en articles permet de préciser les observations, en même temps qu'elle facilite le classement des documents.

Les observations de nos confrères, qu'ils le croient bien, seront l'objet de l'examen le plus attentif et feront le sujet d'études spéciales dont le résumé sera publié dans le journal.

Ce n'est que lorsque les sentiments de nos adhérents seront bien connus, que nous procéderons à la rédaction définitive des statuts qui seront proposés à l'adoption de la prochaine *Assemblée générale*.

Messieurs,

J'ai réclamé à plusieurs reprises les observations écrites de ceux de nos confrères qui ne pouvaient assister à cette réunion : j'ai reçu un certain nombre de lettres.

(1) Le mode de recrutement de ses membres, la durée de leurs fonctions seront l'objet d'une étude ultérieure.

M. le Dr Decool, d'Hazebrouck demande la nomination dans chaque arrondissement, d'un délégué spécial chargé de la propagande, des questions de renseignements, etc., j'espère que notre projet de conseil général lui donnera satisfaction.

Un autre de nos confrères aborde la question des médecins étrangers et diplômés à l'étranger sans parler des dispositions que nous pourrons réclamer plus tard : Je crois que nous pouvons, dès maintenant, établir en principe que seuls pourront être membres du *Concours* les médecins reçus devant les facultés françaises.

Des dispositions particulières seront prises en faveur des étudiants en médecine, des médecins étrangers résidant à l'étranger (car nous avons un certain nombre d'adhésions de ce genre), enfin des abonnés du journal.

M. Noskowski, de Norgues (Côte-d'Or) demande pour le directeur, un pouvoir fort et étendu ; je pense qu'il sera satisfait lorsqu'il lira le compte rendu de notre réunion.

Voilà, messieurs, les seules propositions qui touchent à la question d'organisation du *Concours médical* ; mais un grand nombre d'autres lettres m'ont été adressées réclamant des réformes ou des créations de divers genres.

Ces propositions ne peuvent être actuellement discutées ; vous penserez, comme moi, qu'il convient plutôt de leur donner réponse dans la correspondance du journal quand vous en connaîtrez l'énumération.

On nous propose :

1° D'organiser le plus promptement possible des syndicats locaux ;

2° De publier un tarif minimum d'honoraires.

3° De préparer la révision de la législation qui nous concerne ;

4° D'engager nos adhérents à s'affilier à l'Association générale, (ce que nous avons déjà fait), et par contre de demander à l'association générale d'engager ses membres à adhérer au *Concours*.

5° D'établir une agence de renseignements professionnels et une agence pour le recouvrement des honoraires.

6° De créer, pour les médecins âgés ou infirmes, une maison de retraite.

7° D'établir une caisse de dons à perpétuité.

8° De créer un comité spécial chargé de diriger une caisse de spéculations à la Bourse.

9° De réprimer le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine.

10° De réglementer les professions de dentiste, de sage-femme etc...

11° De publier un annuaire spécial au *Concours médical*.

12° De nous abonner tous au journal politique qui prendrait en main la défense de nos intérêts professionnels, etc., etc.

Nous aurons, messieurs, vous le comprendrez, un accueil différent à faire à ces diverses motions : il en est dans le nombre qui méritent de nous occuper à bref délai. Mais il nous est impossible, dans une séance où nous devons étudier les

bases de notre organisation future, de leur accorder plus qu'une simple mention.

Nos confrères peuvent être certains que toutes les propositions seront étudiées consciencieusement, mais ils nous permettront de faire passer en première ligne notre organisation elle-même.

M. le Dr Cézilly s'adressant aux membres présents qui désireraient faire quelque observation ou qui réclameraient quelque éclaircissement, se déclare prêt à répondre aux questions qui lui seraient posées.

Un de nos confrères, demande quelques éclaircissements sur l'affectation des bénéfices futurs. M. le Dr Cézilly répond que l'Assemblée générale annuelle aura à cet égard pleins pouvoirs pourvu qu'elle se conforme à cette restriction mise dès maintenant hors de discussion :

Une proportion de 10 0/0 sera attribuée au fondateur propriétaire du journal.

Aucun dividende individuel ne sera distribué aux adhérents.

Un membre de la réunion dit n'avoir rien à objecter à la question *de constitution de la Société*; mais qu'il désirerait avoir quelques renseignements sur la Compagnie d'assurances la New-York. Il voudrait bien connaître les raisons qui ont dicté le choix d'une compagnie étrangère.

M. le Dr Cézilly pense que la question viendrait plus utilement après le dîner, alors que le *directeur de la New-York*, présent, pourrait lui-même donner tous les éclaircissements désirables.

Il répond que le choix de la New-York a été dicté par les conditions particulièrement favorables que faisait cette compagnie au Concours médical et que dans le journal les raisons de choix ont été longuement déduites.

M. le Dr Cézilly avant de lever la séance demande aux membres présents s'ils approuvent dans leurs termes généraux les propositions qui doivent servir de base aux statuts futurs, s'ils approuvent la voie suivie par le Concours jusqu'à ce jour et les indications données dans les divers rapports sur la règle de conduite future.

Assentiment général.

M. le Dr Cézilly propose enfin à la réunion de nommer un comité d'exécution et d'organisation provisoire, chargé, jusqu'à la prochaine réunion, de l'assister dans l'administration générale, la rédaction du projet de statuts et la constitution des comités ou commissions diverses. (Adopté.)

Il propose en conséquence de désigner : MM. les docteurs Gassot, de Chevilly (Loiret), Henri Marais de Honfleur (Calvados), et Durand, d'Arcueil (Seine).

Ces nominations sont faites à l'unanimité.

Aucun sujet n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à six heures.

A peine la partie officielle de la réunion était-elle terminée que s'engageaient les conversations les plus animées. Nous est-il permis de dire qu'elles mettaient en évidence le sentiment de notre reconnaissance à tous pour le fondateur du *Concours médical* ?

Dirons-nous aussi que les collaborateurs actuels de M. le Dr Cézilly se sont efforcés de donner verbalement, tous les renseignements de détail qu'ils croyaient capables d'intéresser leurs confrères, ou de les éclairer sur la situation actuelle du *Concours* ?

Et puis, viennent les présentations, les relations qui s'ébauchent, les sympathies qui se révèlent. — Mais voici un argument qui coupe court à tout : « *Le Concours est servi.* »

Le brouhaha forcé du passage dans la salle à manger, n'interrompt d'ailleurs les conversations que pour un instant : chacun se plaçant à sa guise, reprend son argumentation au point où il l'avait laissée, égaie ses voisins par les petites anecdotes que nous avons tous en réserve, forge des rêves d'avenir pour le *Concours* ou suppute ce qu'il a fallu de temps, de ténacité pour arriver au résultat acquis.

Aussi chacun prête-t-il une bienveillante attention lorsque M. le Dr Cézilly se lève pour porter le premier toast : Il boit aux membres absents du *Concours médical* ; à sa prospérité actuelle, à sa prospérité future; il boit à tous, à l'union du corps médical, à l'association générale, dont presque tous les membres présents font partie, et à tous ceux qui ont eu foi dans l'œuvre qu'il a entreprise, à ceux qui ont été ses premiers collaborateurs et ses premiers conseils ; il boit au succès de *l'intervention active* dont il croit le moment arrivé et termine en faisant appel au dévoûment et à l'appui de ceux de nos confrères qui font partie des assemblées législatives, et au zèle et à l'activité de tous ceux qui partagent les idées émises par le *Concours médical*.

Ces dernières paroles se perdent au milieu de la salve d'applaudissements qui accueille le premier souhait fait à l'avenir du *Concours*.

M. le Dr Bibard (de Pontoise), se fait l'interprète de l'assistance.

Messieurs et bien chers confrères dit-il, on a

l'habitude de citer avec un sentiment de profonde admiration la puissance de la foi qui peut déplacer ou soulever les montagnes. Combien est plus digne d'admiration, si l'on en juge par ses résultats, la foi en l'idée qui a réussi à déplacer des médecins, aussi indéplaçables qu'il est possible de l'imaginer!. Des médecins venus de tous les points de la France, à peu près inconnus les uns aux autres. Nos visages nous sont inconnus; mais nous savons qu'ils appartiennent tous à de braves gens qui partagent tous les mêmes labeurs, qui sont soumis aux mêmes misères et qui réclament en vain, jusqu'à présent, des pouvoirs publics le redressement des injustices dont ils sont les victimes. Nous savons tous que l'union fait la force; mais nous manquions d'un centre autour duquel nous pussions librement nous réunir.

Notre excellent et modeste directeur, M. le docteur Cézilly nous a préparé ce centre; il nous l'a fait agréable, de la façon la plus intelligente et la plus confraternelle. Buvons donc à la longévité du Concours médical !

M. le Dr Chevandier, auquel sont acquises depuis longtemps, les sympathies du corps médical, se lève à son tour.

Messieurs, dit-il, j'ai l'habitude de répondre à toute provocation. M. le Directeur du *Concours Médical* vient de me provoquer d'une façon si directe, si courtoise et si franche, que j'aurais mauvaise grâce à ne pas lui répondre. Nous sommes sur un terrain de choix; la modestie seule peut y recevoir des blessures; je sens les miennes. Ce que j'ai à dire de l'intelligence, du zèle et du dévouement du Directeur du *Concours* ne portera aucune atteinte à un sentiment qui chez lui s'effarouche vite. C'est d'ailleurs à son œuvre, œuvre de solidarité médicale, que mes vœux et mes félicitations s'adressent.

Vivre seul est mauvais. Dans une réunion de médecins, qu'il me soit permis de rappeler que la vie est en nous et hors de nous. Cette vérité, je la proclame d'autant plus haut, que ce que j'ai de meilleur au dedans de moi-même me vient d'autrui.

C'est aussi à la confraternité réelle, effective que chacun de nous doit demander non-seulement un accroissement de son bagage scientifique mais encore et surtout de son bien-être.

Les médecins sont les hommes auxquels la société demande le plus et remet le moins. Je serais ingrat si j'oubliais qu'elle nous paie largement en considération; je crains qu'elle ne mérite trop ce reproche quand il s'agit de rémunération. S'il fut des temps où l'on pouvait vivre de peu, ils sont loin de nous; à l'heure actuelle il fait cher vivre; aussi chacun lutte pour l'existence; le médecin seul, qui assure celle des autres, a trop peu souci de la sienne.

Cependant les plaintes sont générales et anciennes; et d'excellents esprits ont compris enfin que le remède est dans l'association. En 1845, au congrès médical ces idées prévalurent. Bientôt elles se réalisèrent; l'association générale des médecins de France naquit, grandit; elle répand aujourd'hui ses bienfaits dans la mesure de ses ressources, trop exigües, il est vrai.

Le Concours médical a tracé une nouvelle forme de l'association. Le principe est si fécond que des résultats considérables sont déjà réalisés. Vous êtes un groupe important affirmant sa vie collective, collatérale et parallèle à celle de l'association générale. Déjà vous êtes une légion à laquelle les compagnies d'assurances font des avances et des avantages; on compte avec vous. Bientôt vous pourrez débattre avec d'autres les conditions qu'ils vous imposent encore aujourd'hui.

Cette situation c'est bien M. le Dr Cézilly qui l'a vaillament conquise, porter sa santé, c'est porter celle de notre compagnie.

En dehors de cet ordre d'idées, il est des questions professionnelles qui ressortissent aux corps politiques élus.

Le hasard des choses m'a amené, ainsi qu'un grand nombre de médecins dans une grande assemblée délibérante. On se tromperait fort si nos positions étaient prises pour des sinécures Si minimes que fussent nos loisirs, nous avons voulu les utiliser au profit des questions professionnelles, se rattachant aux grands intérêts publics. Une réunion de médecins députés ou sénateurs s'est formée, qui a déjà beaucoup étudié cette question. Il sortira de ces études des projets mûris. Le corps de santé militaire lui devra sa prochaine autonomie. Une organisation de médecine cantonale, ménagère dans la mesure du possible, de la liberté du malade et de l'indépendance du médecin, deux jumelles que je ne voudrais jamais séparer, sortira certainement des délibérations de la nouvelle Chambre des députés; j'abuserais de vos instants si je voulais vous énumérer tous les travaux en préparation.

Ce qu'il importe de vous rappeler, Messieurs, c'est qu'il vous appartient en propre de produire les cahiers de vos doléances. La politique n'interrompt pas la confraternité; elle la continue. C'est au nom de celle-ci que je vous convie à adresser vos communications à la réunion des députés et des sénateurs qui a à cœur de s'en inspirer. Je ne serai point désavoué, si, en son nom, je bois à la solidarité médicale.

Un langage aussi autorisé ne pouvait rester sans écho : l'assentiment unanime, les applaudissements répétés qui ont souligné ses paroles, ont montré à notre éminent confrère, qu'on ne faisait jamais en vain appel à l'esprit de concorde et de solidarité.

Messieurs, dit le Dr Cézilly, je suis heureux d'avoir provoqué les déclarations si catégoriques de M. le Dr Chevandier, député de la Drôme et vice-président de la réunion extra-parlementaire des membres du Sénat et de la Chambre.

J'invite les membres du *Concours* à répondre à cet appel, en constituant une commission d'exécution. Elle concentrera toutes les communications relatives à la confection de vos cahiers de réclamations auprès des pouvoirs publics.

Enfin, M. le Dr Millet prononce les paroles suivantes :

Mes chers confrères,

Grâce aux soins incessants et dévoués dont il a été entouré, grâce aux plantureu ses nourrices qne son père à su lui choisir, le *Concours médical* est vivant. Bien vivant car il a bien diné.

L'administration paternelle a merveilleusement réussi à cet enfant; et point ne serait besoin de lui donner des tuteurs, s'il ne devenait injuste et imprudent de laisser peser sur les mêmes épaules le gouvernement de ses biens.

Vous savez tous quels ennuis, quelles fatigues, quels sacrifices de toute sorte, a coûtés au Dr Cézilly la mise au jour et l'administration du *Concours médical*.

Je n'y insisterai donc pas ; et je vous invite à boire avec moi :

A la prospérité du *Concours médical*; à la santé de notre excellent confrère le Dr Cézilly, à sa santé si chère à tous, si nécessaire à la défense de nos intérêts !

On revient au salon, et M. Cézilly, tenant sa promesse, présente aux membres du *Concours* M. Collet, le directeur de la compagnie la New-York, qui, avec une bonne grâce dont nous ne saurions trop lui être reconnaissants, se met à l'entière disposition de nos confrères.

Pendant plus d'une heure, M. Collet est resté sur la sellette (qu'on nous passe cette expression), donnant tous les renseignements, toutes les explications, répondant à toutes les objections, portant partout la lumière et, nous pouvons le dire, la conviction — car cette lutte oratoire n'a cessé que faute de combattants !

Il nous est impossible de donner une analyse, même succincte. de toutes les questions qui ont été abordées et résolues — En remerciant encore M. Collet, disons qu'il s'est offert à reprendre son argumentation pour quiconque aurait encore quelque doute !

M. Cézilly présente encore à la réunion M. Chanlaire, conseil d'affaires du *Concours* : il faut, dit-il, avoir appris de la bouche de M. Chanlaire, les mésaventures (anonymes bien entendu) de nombre de membres du Concours, pour comprendre les immenses services, que ces conseils éclairés sont capables de rendre à tous les nôtres.

Puis les conversations reprennent leur train sur un ton plus familier : on a déjà pu faire connaissance. On cause pratique, science, questions professionnelles ; on revient sur l'influence qu'exercera une œuvre telle que le *Concours*, sur les résultats qu'elle ne peut manquer de donner : on se promet de faire autour de soi la propagande la plus active..... Aussi M. le Dr Bibard ne fait il que donner une forme précise à ce que chacun pense tout bas, lorsque reprenant la parole, il dit :

Mes chers confrères,

A la suite des quelques bonnes heures que nous venons de passer ensemble, il est nécessaire que nous soyons tous armés pour la propagande que nous serons fort heureux de faire autour de nous. Chargé d'un fardeau qu'il a porté seul jusqu'ici, notre courageux directeur, constamment sur la brèche pour arriver au résultat dont il a le droit d'être fier en nous voyant si nombreux accourus à son appel, M. Cézilly m'a demandé de résumer en quelques mots les avantages que présentera le Concours médical, tel que nous le concevons. C'est donc pour traduire sa pensée, que je viens vous dire en ce moment :

Nous possédons aujourd'hui un organe, le Concours médical, qui est à nous, bien à nous, dans lequel nous pouvons, quand nous le voulons, faire connaître nos idées, nos aspirations, le résultat de notre expérience. C'est le centre intellectuel et moral où nous serons tous à l'aise, attendu que nous serons chez nous.

En second lieu, nous aurons bientôt, au centre de Paris, un lieu de réunion, qui sera nôtre aussi, où chacun de nous sera sûr de trouver toujours bon visage et renseignements de toutes sortes.

Par les fournisseurs qui ont adhéré au Concours, nous réalisons d'ores et déjà, de notables économies. Un conseil d'affaires nous éclairera sur les placements à éviter et sur ceux qu'il sera mieux de faire.

Je ne puis pas tout dire dans ce rapide exposé. Mais je ne puis cependant omettre ce fait, c'est que nous possédons déjà une somme importante dont nous avons la libre disposition. Cette somme, variable avec les bénéfices du Concours, sera employée suivant les décisions de l'Assemblée générale en œuvres d'utilité générale et professionnelle.

C'est ainsi que, comme vous l'a déjà dit notre directeur, on prendra sur cette somme ce qui sera nécessaire pour m ner à bien l'immense travail que notre très distingué confrère, le Dr Chevandier de la Drôme, a très justement appelé les cahiers du corps médical.

De ce qui restera disponible, citons quelques exemples d'affectations : une partie pourra être distribuée aux veuves et aux orphelins des membres du Concours qui auront disparu dans l'année écoulée ; une seconde part sera destinée à faciliter le repos passager et le séjour aux eaux ou dans le Midi à ceux de nos confrères, membres du Concours, qui en éprouveront le besoin, une troisième part pourrait servir à alimenter une caisse de prêts d'honneur aux jeunes confrères qui serait amenés à changer de résidence, etc., etc.

Enfin notre Concours médical sera un intermédiaire naturel et désintéressé, pour toutes les questions, tant matérielles que morales qui intéressent notre belle, mais ingrate profession.

Voilà nos avantages. Et ces avantages sérieux incontestables il vous sont acquis sans bourse délier par le simple fait de notre communauté de vues.

Enfin un appel devait être adressé à ceux de nos confrères qui n'ont pas cru devoir encore adhérer au *Concours médical*.

L'un des collaborateurs les plus dévoués de M. le Dr Cézilly a formulé cet appel :

Je suis, a-t-il dit, un des premiers adhérents du *Concours*, et, dois-je l'avouer je n'ai pas cru au *Concours* — j'en fais humblement l'aveu. — J'avais donné mon adhésion parce que, dans les termes où elle était libellée, elle ne me paraissait en rien compromettante ; mais je me réservais, si l'œuvre venait un jour au monde — je n'en étais pas sûr — de suivre de près sa marche, son caractère, ses tendances.

Ai-je besoin de vous dire, chers confrères, que j'ai trouvé mon chemin de Damas ?

Or combien de médecins ne se sont-il pas trouvés dans le même cas que moi ? Combien ont douté ? Combien doutent encore ? Combien voient avec défiance une tentative aussi nouvelle aussi peu ordinaire ?

Qu'ils me permettent de leur donner un conseil : lisez le *Concours*, leur dirai-je, suivez-le un certain temps, et par-dessus tout, mettez-vous en relation avec son si bienveillant directeur — si vous n'êtes pas convaincus, c'est qu'il faudra désespérer à tout jamais de votre conversion.

Nous ne sommes pas une église qui ne voit rien en dehors d'elle... nous ne disons pas, comme on disait il y a quelques jours dans une circonstance à peu près analogue : *qui n'est pas avec nous est contre nous ;* nous disons : *qui n'est pas avec nous viendra bientôt à nous.*

Il faut se séparer : on échange force poignées de mains, on s'adresse maint encouragement mutuel, maintes félicitations, et on se quitte en se donnant rendez-vous à la prochaine Assemblée générale.

Et maintenant quelle impression nous reste-t-il d'une telle réunion ?

C'est que la cordialité la plus franche s'est immédiatement établie entre ces membres tout-à l'heure inconnus l'un à l'autre ; c'est qu'il a suffi d'une conviction commune pour rompre la glace et créer entre tous un lien moral de bon augure pour l'avenir du Concours.

Qui donc a jamais osé dire : *pessima medicorum invidia ?* Il n'avait à coup sûr, pas assisté à une réunion telle que celle à laquelle nous venions d'assister et que nous ne nous décidions à quitter qu'à regret.

Le Secrétaire de la Réunion.

AVIS

Les réunions du Concours médical doivent être profitables. En conséquence des impressions recueillies dans la séance du jeudi 16 décembre, nous décidons la formation de diverses *commissions d'études des questions d'intérêt professionnel*. Elles concentreront toutes les communications afférentes aux divers points à traiter. Sociétés de *Secours mutuels ; médecine gratuite ; tarifs d'honoraires ; réformes législatives à poursuivre ; syndicats, assurances*, etc.

Les lettres qui ont trait a ces questions s'accumulent et ne peuvent subir un examen approfondi, que par la division du travail.

Toutes celles qui concernent une question, devront être adressées aux confrères dont nous ferons connaître les adresses, au fur et à mesure de leur acceptation, dans les numéros subséquents du journal.

Les membres du *Concours* qui auront accepté cette mission auront toute faculté de s'adjoindre un ou plusieurs médecins dont ils auront apprécié la *compétence*, par suite des rapports qui s'établiront.

A des époques autant que possible régulières, ces commissions rédigeront des résumés critiques que seront insérés dans le *Concours* sous les rubriques : *Chronique des syndicats*, de la *médecine des indigents*, etc.

Ensuite pour qu'un ensemble de vues puisse se traduire dans les faits, un ou plusieurs membres de chacune des *commissions d'études professionnelles* se rendront à Paris au siège du *Concours Médical.*

Une discussion aura lieu dans cette *assemblée d'intérêts professionnels.* Les membres seront compétents, chacun dans leur question. Ils rédigeront un *rapport général* sur l'ensemble des sujets traités.

Ce rapport sera publié dans le *Concours médical ;* il contiendra les questions à poser et à faire résoudre par le vote de *l'Assemblée générale* des adhérents du *Concours*, une fois qu'elle aura au préalable les *Statuts de la société de Concours Médical.*

Ces questions et ces réponses affirmées par le vote, constitueront les *Cahiers* du corps médical.

Nous dirons, dans une prochaine communication comment nous comprenons qu'il soit possible de traduire en faits les désirs exprimés par les *cahiers*, en se plaçant sur le *terrain pratique* que le *Concours* ne doit jamais perdre de vue.

CORRESPONDANCE

— Dr P., à St-L. (Manche).

Reçu votre mandat : Nous vous inscrivons au nombre des membres du *Concours* qui veulent payer lenr abonnement.

— Dr G..., président de la société locale de ..., 14 décembre.

« *Je regrette vivement de ne pouvoir assister à la réunion du 16, et j'espère être plus heureux pour la prochaine ; je m'intéresse beaucoup à la question des syrdicats et compte bien la soulever à la prochaine réunion de la Société, que j'ai l'honneur de présider.* » Votre absence a été vivement regrettée.

— Dr H., 511, à B., 14 décembre.

Si vous aviez assisté, comme vous vous le proposiez, à la *Réunion*, vos idées se seraient modifiées ; vous auriez vu que les difficultés de la tâche que s'est imposée le *Concours médical*, vont sans cesse en s'amoindrissant. Vous avez l'obligation morale d'assister à la prochaine assemblée.

— Dr D., (Côte-d'Or), 17 décembre.

On fera selon vos désirs.

— Dr F., Paris, 12 décembre.

Nous espérons que l'indisposition qui vous a empêché de vous joindre à nous, ne sera pas de longue durée.

— Dr F., à M. (Seine-et-Marne), 9 décembre.

Veuillez transmettre nos remerciements à M. F., pour son acte de bon concours.

— Dr R., à S. (Charente), 15 décembre.

Formulez l'annonce à insérer. C'est absolument gratuit, de tous chefs, pour vous comme pour tous les adhérents du *Concours*.

— Dr H., à G. (Orne).

Votre proposition très-pratique, sera examinée. Pourquoi n'entreriez-vous pas dans plus de détails, pour qu'il nous soit plus facile d'entrer en application.

— Dr B., 137 (Marne), 14 décembre.

Comment, avec des lettres qui nous touchent aussi vivement que la vôtre, nous serait-il possible de ne pas faire tous nos efforts pour mériter votre confiance ?

— Dr M., à B. (Aisne), 14 décembre.

Nous avons tout particulièrement regretté votre absence. Vous nous dédommagerez en nous avisant de votre prochaine venue à Paris.

— Dr N. Ch., 219, 15 décembre.

Nous espérons toujours arriver à donner satisfaction complète, au point de vue de la correction. On fera la restitution signalée lors de la publication de la suite. Mais les matériaux s'accumulent et nécessiteront plus de brièveté, à notre grand regret.

— Dr M , Nièvre, 15 décembre.

Heureux que l'intervention des membres du *Concours* vous ait rendu service. Faites les démarches et veuillez nous en indiquer les résultats, si cela était nécessaire, nous serions à votre disposition pour les hâter.

— M. N., méd. à N. (Côte-d'Or), 16 décembre.

Votre lettre agite des questions qui se posent, en ce moment, au *Concours* ; vous serez satisfait. Choisissez sur la liste publiée pour les stations thermales, et celle qui va être publiée pour les stations hivernales.

— Dr P., à D., 14 décembre.

Merci de l'adhésion de M. le Dr B., car vous dites : « *J'ai été heureux d'être le premier à dévoiler les mystères de notre future société du Concours médical à ce confrère. Je n'ai pas eu de peine à le convaincre que le but vers lequel tendent tous vos efforts était des plus avouables, et qu'il ne cachait nullement (comme on a bien voulu le dire), une affaire d'argent sous les dehors de la confraternité, etc., etc.* » Voilà un acte de concours qui vous aurait été encore plus facile, si vous aviez pu assister à la réunion du 16. Ce sera pour plus tard et quand nous aurons le plaisir de vous serrer la main, nous récuserons la trop bienveillante épithète que vous accolez au nom du directeur.

— Dr P., à P.-L. M., 16 décembre.

Reçu votre travail. Nous vous serions obligés, quand il sera inséré, de nous rappeler votre demande d'envoi. Nous espérons bien que l'accomplissement de vos devoirs pourra, pour la prochaine réunion, se concilier avec un déplacement.

— Dr S., à L.-C., 18 décembre.

Nous souhaitons que l'instrument nous procure souvent la satisfaction de lire des lettres aussi gracieuses que les vôtres.

— Dr L., à N. (Meurthe-et-Moselle), 18 décembre.

Votre observation est transmise. Cette organisation n'est qu'ébauchée. Il est certain qu'il faudra la modifier.

— Dr B., 172, 19 décembre.

Envoyez votre article et vos observations. Si le premier n'est pas inséré de suite, il sera toujours pour nous un précieux élément d'informations, lorsque viendront les questions : Jury médical et exercice de la pharmacie.

— Dr J., S.-C., 188.

Nous n'avons pu être fixés plus tôt : *Le docteur en médecine est seul admis dans le service colonial. L'officier de santé doit subir un nouvel examen à Alger et désigne la province dans laquelle il désire exercer.*

— Dr S., à R. (Ardennes), 20 décembre.

Oui, nous en ferons notre profit, et maintenant cela n'aura aucun inconvénient. Vous serez certainement à la prochaine réunion !

Dr D., à H. (Nord). — Dr R., à L. (Rhône). — Dr L. 5, place Pereire, Paris. — Dr S., 71, rue de Rome Paris. — Dr L., à H. (Loire-Inférieure). — Dr T., à E (Loire-Inférieure). — Dr V., à St-N. d'A. (Seine-Inférieure). — Dr H., à T. (Var). — Dr G. à C.-les-P. (Oise) — Dr F., à M. S. Y. (Seine-et-Marne). — Dr D., à I (Cantal). — Dr L., à T. (Var). — Dr D., à G. (Rhône) — Dr P., à S.-L. (Manche). — D. J., 69, boul. St-Germain, Paris. — Dr S. à E. (Nièvre). — Dr D., à M (Pas-de-Calais). — Dr B., à T. (Var). — Dr D., à E (Seine-et-Oise). — Dr S., à E. (Mayenne). — Dr C., à D (Haute-Marne). — Dr S. N. le R. (Eure-et-Loire). Dr L à S. (Eure-et-Loire). — Dr R., à H. (Nord). — Dr B., à La R. (Charente-Inférieure). — Dr T., à S. J. (Haute-Vienne). — Dr L., à L. (Somme). — Dr J., à S. les B (Nièvre). — Dr G., à M. (Saône-et-Loire). — Dr J., à N (Loire-Inférieure). — Dr S., 39, boul. St-Germain, Paris — Dr C. de la S., à V. (Allier). — Dr R. à S.-P (Rhône). — Dr M. 11, Cours des Brosses, L. à L. — Dr C., à La B. de M. (Vendée).

Vous êtes inscrits.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris. Typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard

BIBLIOGRAPHIE

—

Parcourons aujourd'hui quelques-unes des librairies qui possèdent également de beaux livres d'étrennes.

Tout d'abord entrons dans la fameuse maison de Firmin Didot, depuis longtemps l'honneur et la gloire de la librairie française pour l'exactitude, le soin qu'elle apporte à toutes ses œuvres. Ce qui nous frappe, ce sont les *Mémoires de Philippe de Commynes*, nouvelle édition revue sur un manuscrit inédit ayant appartenu à Diane de Poitiers et à la famille de Montmorency-Luxembourg, par R. Chantelauze. C'est un magnifique volume grand in-8o, avec notes, variantes et additions et illustré, d'après les documents originaux, de quatre chromo-lithographies et de nombreuses gravures sur bois. Voilà qui se place dignement à côté des *Chroniques de Joinville, de Villehardouin, de Guillaume de Tyr*, auxquelles le public lettré a fait un si honorable accueil. Insistons surtout sur le *Walter Scott illustré*, et félicitons les éditeurs d'avoir commencé cette belle publication, par *Ivanhoé* l'un des romans du maître anglais qui présente le plus d'éclat descriptif, le plus de charme sentimental, le plus de puissance et de pureté. *Ivanhoé* forme un magnifique volume, dont l'illustration a été confiée à Lix, Adrien Marie, Riou et Scott. Il faudrait aussi parler de *Mes aventures en Amérique et chez les sauvages* formant cinq volumes in-18, en trois séries; des *Nouveaux contes du bibliophile Jacob* sur l'histoire de France dont les nombreuses publications sur les institutions, usages et costumes de notre pays au XVIIe et au XVIIIe siècle, sont si justement appréciées. Mais comme nous sommes obligés de nous borner, nous recommandons particulièrement *Les rues du vieux Paris*, galerie populaire et pittoresque, par Victor Fournel (un vol. grand in-8o, raisin, illustré de 150 gravures sur bois). C'est une petite chronique, vivante et familière, de la rue, de ses fêtes, divertissements et spectacles, de ses métiers nomades et de ses industries curieuses, de ses figures et types populaires, des usages pittoresques et des traditions qui se sont succédées à travers le cours des siècles. Terminons par les charmants ouvrages de M. J. Rambosson. Ils forment une vraie collection de science vulgarisée qui, par l'élégauce du style et l'intérêt du sujet, charme à la fois les yeux et l'intelligence et unit la science à la poésie. La plupart de ces livres sont magnifiquement illustrés et ont reçu les approbations et les récompenses de l'Institut et d'autres Sociétés savantes ou ont été adoptés pour faire partie des bibliothèques scolaires. Citons surtout *Histoire et légendes des plantes utiles et curieuses* en un volume grand in-8o raisin illustré de 120 gravures et parvenu déjà à sa troisième édition.

Tous ceux qui aiment à connaître la vie de la vieille France et à se plonger dans les antiquités nationales, s'adressseront de préférence à la librairie Victor Palmé. C'est à son admirable et heureuse initiative que l'on doit la publication des savants ouvrages in-folio qui continuent la tradition des siècles antérieurs et qui font les délices des érudits. Citons en passant, les Bo*llandistes* (60 vol. in-folio), la *Gallia christiana* (16 vol. in-folio), le *Recueil des historiens des Gaules et de la France*, commencé par les bénédictins de la congrégation de Saint-Maur, continué par l'Académie des inscriptions et belles lettres, nouvelle édition publiée sous la direction de M. Paulin Paris, membre de l'Institut (25 vol. in-folio). C'est le même savant qui dirige l'*Histoire littéraire de la France* (15 vol. in-folio). M. Renan n'a-t-il pas dit : « une prison cellulaire avec les Bollandistes serait un vrai paradis. » Cette appréciation convient à tous ces grands ouvrages.

Comme livres d'étrennes, M. Victor Palmé qui a publié les années précédentes *Christophe Colomb*, par le comte Roselly de Lorgues, merveille d'illustrations et grand succès de librairie, nous offre, aujourd'hui deux volumes illustrés fort intéressants, les *Merveilles du mont Saint-Michel* et *Au service du pays*. L'auteur du premier ouvrage est Paul Féval, le romancier bien connu à qui l'on doit tant de nouvelles charmantes, telles que *Les contes de Bretagne*, *la Fée des grèves*, *La première aventure de Corentin Quimper*, etc. *Les merveilles du mont Saint-Michel* sont en quelque sorte l'histoire épisodique de cette magnifique abbaye l'un des plus beaux monuments de l'architecture française. C'est le grand succès de ce livre déjà arrivé à sa huitième édition, qui a inspiré à M. Victor Palmé l'idée d'en confier l'illustration à M. Eugène Mathieu, pour en faire un des plus beaux livres d'étrennes. *Au service du pays*, par P. Chauveau, est une série de biographies fort intéressantes où le plus pur patriotisme, marche de pair avec la plus grande bravoure; car il s'agit des élèves de l'école Sainte-Geneviève qui ont succombé dans la guerre de 1870-71 et dans celles qui l'ont précédée. Citons encore *Le château de mon enfance* (Auvergne et Bourbonnais), par le comte Henri d'Ideville, et *Incompris ! histoire émouvante de deux jeunes enfants*, par Lérida Geoffroy, beau volume in-8o illustré de nombreuses vignettes et de plusieurs gravures en chromo-typographie, par Adrien Marie.

Nos lecteurs connaissent déjà la maison Plon et Cie, dont nous avons signalé, l'année dernière, les principaux livres d'étrennes. On se rappelle encore *Bêtes et gens* par Stop, *Cœurs vaillants* par Raoul de Navery, *Les déserts africains* qu'Armand Lapointe nous fait connaître en nous racontant les *Aventures extraordinaires* de Jean Finfin. Qu'on se rappelle également le *Voyage autour du monde*, par le comte de Beauvoir et *Martin-Tromp* par Raoul de Navery. Cette année, nous voyons briller en tête du catalogue les *Maîtres ornemanistes*, dessinateurs, peintres, architectes

sculpteurs et graveurs des écoles française, italienne, allemande, flamande et hollandaise. C'est réellement le répertoire général des *Maîtres ornemanistes*, avec l'indication précise des pièces d'ornement qui se trouvent dans les collections publiques et particulières en France et en Belgique. Ce très-beau volume in-4, est enrichi de 180 planches tirées à part et de nombreuses gravures dans le texte, donnant environ 250 spécimens des principaux maîtres; il est en outre orné de lettrines, de frontispices, de culs-de-lampe reproduits d'après les meilleures publications des diverses époques et devant, à ce titre, intéresser également les amateurs et les artistes. Que les enfants vont se réjouir en lisant les *Contes de Saint-Santin* par le marquis de Chennevières, illustrés par Léonce Petit! c'est une série d'histoires percheronnes vraies ou imaginaires où l'intérêt est toujours tenu en éveil par des épisodes et des aventures dans lesquelles les divers sentiments se succèdent avec un naturel charmant. Il faut lire l'*enfant perdu, le petit sabotier* ou encore *La pomme d'api, La fin du monde*, etc., pour comprendre le charme, l'entrain, qui règnent partout dans les *Contes de Saint-Santin*, sans compter les agréments des illustrations dues à M. Léonce Petit, l'artiste qui sait le mieux exprimer les attitudes primitives et joviales des villageois et des villageoises des environs du Maine, leurs costumes, les cours de leurs fermes, leurs bestiaux et leurs paysages, etc. C'est peut-être encore avec plus d'intérêt qu'on lira *Prisonniers dans les glaces*, texte et dessins par Georges Fath, véritable odyssée tantôt gaie, tantôt émouvante, toujours attachante et instructive dans laquelle se déroule l'histoire des contrées boréales qui par leur mystérieuse horreur et leur redoutable climat fascinent l'homme inquiet de savoir ce qui se passe au pôle.

Nous aurions bien voulu dire aussi quelques mots de la *bibliothèque Charpentier* qui renferme un certain nombre de livres illustrés et parcourir avec nos lecteurs les *Promenades japonaises*, un superbe volume orné de dessins d'après nature, par Félix Régamey, leur citer quelques-unes des gracieuses strophes des *Légendes des bois et chansons marines*, par André Lemoyne, leur faire exécuter le tour du monde *à bord de la Junon*, etc., mais le vent n'est pas favorable, restons au port.

Traité d'anesthésie chirurgicale contenant la description et les applications de la méthode anesthésique de M. P. Bert, par le Docteur J. B. Rottenstein. (1).

Ce volume renferme tout ce qu'un médec inpraticien doit savoir sur les divers agents anesthésiques: protoxyde d'azote, éther, chloroforme, amylène, chloral. Outre l'historique de la question, la préparation et les propriétés de ces agents, on trouvera leur action générale sur l'économie, leur mode d'administration, les accidents auxquels ils donnent lieu et le raitement qu'il convient d'y apporter. L'auteur traite spécialement des indications et des contre-indications de l'anesthésie chirurgicale, ainsi que des applications à la chirurgie générale, oculaire, dentaire, à la chirurgie d'armée et à celle des organes génito-urinaires. On lira avec intérêt le chapitre sur la valeur relative des agents anesthésiques basée sur la mortalité et sur les accidents qu'ils déterminent. Il fera comprendre pourquoi l'auteur donne la préférence à la méthode de M. P. Bert, le médecin fort savant mais nullement praticien qui a tant contribué à la création de nouvelles facultés de médecine, sous le spécieux prétexte que la France, qui regorge de médecins, n'en avait pas encore assez. Signalons aussi l'application de l'anesthésie à l'obstétrique, pratique à laquelle l'auteur se montre favorable malgré le peu de faveur dont elle jouit actuellement en France.

M. le Docteur Cadier a réuni en un petit volume, le résumé de son cours à l'école pratique, et il en a fait un *manuel de laryngoscopie et de laryngologie* (2) où l'on trouvera tout ce qu'il est utile de savoir sur les diverses affections du larynx qui nécessitent l'emploi du laryngoscope. Comme la plupart de ces leçons ont paru dans le *Concours Médical*, nos lecteurs connaissent déjà la manière de procéder de l'auteur, ce qui nous dispense d'entrer dans de plus longs détails.

Dr A. B.

(1) Un vol in-8 de 428 pages, avec 41 figures dans le texte. Librairie Germer-Baillière, Boulevard Saint-Germain. 108.

(2) Un volume in-32 de 260 pages, avec 23 figures dans le texte. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole de médecine, prix 4 fr.

LES ASSURANCES SUR LA VIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Plus que tout autre, le médecin, parvenu à un certain âge, père de famille, est forcément assailli par les cuisantes préoccupations de son avenir et par conséquent de celui des siens. Que survienne une épidémie, dont il peut être la victime; qu'il ait à pratiquer une opération dangereuse pour lui-même, il trouve dans le sentiment du devoir professionnel le courage d'accomplir sa redoutable tâche, au péril de sa vie et de la misère assurée pour ceux qu'il laissera après lui. C'est donc dans son esprit que devrait surtout naître le désir de l'assurance sur la vie.

Mais il y a loin de la coupe aux lèvres et lorsqu'il suppute le sacrifice annuel et le lointain et maigre résultat que lui assurent les divers projets que nous avons exposés, il est tenté de s'abstenir.

Le recrutement médical s'opère dans les familles peu fortunées, auxquelles la durée des études et les difficultés du début imposent de rudes sacrifices. Une fois installé, le jeune médecin éprouve ce sentiment professionnel qui le fait rougir quand on lui paye des honoraires, tant il est peu âpre au gain.

En somme la position du débutant ne lui permet guère de faire des économies; c'est d'ordinaire le contraire. Compter que mille médecins, âgés de vingt-cinq ans, voudront s'associer pour obtenir les avantages qu'on leur promet, en cas de mort, ou à soixante ans d'âge, nous semble bien chimérique. Il est vrai qu'on a prévu le cas, et qu'en élevant la prime, on permet l'entrée à tout âge dans les projets d'assurances sur la vie, et les caisses de retraite entre médecins.

Nous observons, en outre, que vingt-cinq ans n'est plus l'âge de l'entrée en exercice, vu les exigences du service militaire et la prolongation de la durée des études.

Ce n'est pas à vingt-cinq ans d'ailleurs, l'âge des longs espoirs et des rêves de fortune, qu'on songera jamais à assurer 10 mille francs aux siens, si l'on vient à mourir, ou la même somme à soi-même, si l'on parvient à cet âge de cinquante à soixante ans qui semble au jeune homme bien près de la décrépitude (plus tard il changera d'avis sur ce sujet, comme sur tant d'autres). Admettra-t-il aussi qu'à cette époque il serait trop heureux d'assurer à sa vieillesse cette somme, presque dérisoire, en regard de ses espérances d'avenir?

Nous sommes assurés qu'aux mille adhésions espérées, on fera bien de retrancher un zéro.

Mais laissons s'écouler quelques années; laissons venir la famille, ses joies et ses préoccupations sacrées; laissons les soins de la vie quotidienne argenter quelque peu la chevelure de notre jeune confrère; laissons à ses illusions le temps de s'effeuiller.

C'est alors que, de trente à quarante ans, vos charitables prédications d'Assurance auront chance sérieuse d'être entendues. C'est alors aussi, que, malgré les charges qui s'accumulent, mais en pleine possession de son gagne-pain, de la confiance de ses clients conquise de haute lutte, le médecin sera enclin à écouter vos propositions.

Nos confrères ont retenu, ou peuvent revoir les divers éléments exposés dans le *Concours Médical;* projet de la *Tribune médicale*, annoté par le Dr Lande, projet de caisse de retraite du Dr Benoit, modifications proposée par le Dr Tourette, etc...

Exposé du projet du Concours.

Nous venons à notre tour tenir notre promesse, nous ne faisons appel qu'à l'intérêt bien entendu; nous proposons un vrai placement de père de famille et sommes convaincu qu'une fois la première prime payée, celui d'entre nos confrères qui aura suivi nos conseils, aura conquis par ce fait une tranquillité d'esprit qui lui permettra d'envisager plus froidement les dangers et les déboires de la pratique, assuré qu'il sera que son avenir n'est plus à la merci d'un accident ou des excès de zèle d'un confrère qui, lui aussi, a le devoir de subvenir à des charges écrasantes.

Vous êtes l'unique soutien des vôtres; ou bien vous avez quelque fortune. Dans le 1er cas nous allons vous prouver que vous pouvez vous assurer à vous-même une somme importante, si vous vivez au bout d'une période que vous aurez choisie, 15 ou 20 ans; ou à votre famille une somme sérieuse si elle venait à vous perdre dans la période de vos versements annuels.

Dans le 2me cas, vous aurez fait un placement avantageux, de 5 à 7 0/0, selon l'âge initial.

Disons-le tout d'abord: La solution que nous avons recherchée avec persévérance ne présente tant d'avantages que parce qu'elle expose, par contre, à un danger. Nous ne l'aurions pas offerte à nos adhérents si, par le fait de notre association de vues, ce danger n'avait été facile à conjurer. Nous vous dirons comment et pourquoi il n'existe plus pour nous. Tous les membres du *Concours Médical* qui voudraient faire usage du mode d'assurance exposé, recueilleront les bénéfices sans redouter le plus léger inconvénient. C'est dans ce cas, plus qu'en aucun autre, que nous démontrerons toute la puissance de notre association.

Exemple.

Permettez-nous de choisir un exemple à un âge avancé, 45 ans:

Vous les avez atteints, et songé bien souvent à contracter une Assurance sur la vie. Mais les minces résultats promis par les diverses compagnies que vous connaissez n'ont jamais eu le don d'entraîner votre conviction et votre décision.

Nous venons vous dire:

1° Engagez-vous à verser 550 francs pendant 20 ans.

2° Vous aurez versé 11,000 francs à la compagnie, à l'âge de 65 ans, âge auquel vous pouvez assurément prétendre parvenir puisque vous vous êtes soumis à l'examen médical. Réfléchissez qu'en dehors de l'obligation que vous impose la prime à

verser, vous ne pouvez peut-être pas vous promettre d'économiser régulièrement cette somme de 550 francs chaque année.

3° A 65 ans la compagnie (notez bien qu'elle est la plus sûre que vous puissiez trouver) vous versera 24,600 francs.

Vous pouvez remarquer que cette fois-ci la somme commence à en valoir la peine, qu'elle est plus du double de vos versements, et que, si vos facultés vous avaient permis de payer une prime de 1,100 francs, il s'agirait alors de 50,000 francs, somme qui, même à notre époque, est une petite fortune et sera pour vos enfants la porte ouverte qui leur donnera accès à la fortune véritable.

Vous pouvez remarquer encore qu'il est bien entendu que, durant les vingt années de vos versements, si vous veniez à succomber à vos fatigues, les vôtres recevraient 10,000 francs, n'eussiez-vous versé qu'une seule prime.

De même, si le malheur vous frappait à votre soixante-quatrième année, vous auriez payé à peine un peu plus de ces 10,000 francs que votre famille serait admise à percevoir. Mais vous êtes assez équitable pour reconnaître qu'il ne peut exister de grands bénéfices qu'en regard d'une perte possible et, dans le cas présent, les vôtres n'auraient à regretter que les intérêts de vos versements et les bénéfices qui vous auraient été acquis si vous aviez pu atteindre votre soixante-cinquième année.

4. Mais, ce que nous vous souhaitons, vous êtes arrivé à 65 ans. Plusieurs cas peuvent s'offrir : vous avez besoin de toutes vos ressources; la Cᵉ vous verse 24,000 francs, et vous les employez à votre gré. Vos affaires ont prospéré, 24,000 fr. de plus vous importent peu ; vous êtes sur la pente fatale ; l'échéance de la vie se rapproche ; l'exercice de votre profession et votre fortune acquise suffisent à vos besoins ; vous avez des enfants, vous voulez accroître leur héritage. Vous dites à la Cᵉ : Je vous abandonne mes 24,000 francs, mais je ne veux plus faire de versements ; vous vous arrangerez, après moi, avec les miens. La compagnie vous répond : Entendu, à votre décès je leur remettrai 40,000 francs.

C'est là un véritable héritage ; vos soucis sont finis ; les vôtres auront plus que le pain quotidien.

5° Mais une autre hypothèse se présente : vous avez vieilli, les vôtres se suffisent, ou ils sont morts, ou ils ont trompé vos espérances et vous ont donné le triste droit de ne songer qu'à vous.

Vous dites encore à la Compagnie d'assurances : je ne pense plus qu'à mes propres besoins, prenez mes vingt-quatre mille francs, résultat de mes onze mille francs d'économies que vous avez si bien gérées, et faites-moi des rentes.

On vous répondra : nous vous constituons une rente viagère de trois mille deux cents francs.

Vous verrez par l'exposé ci-joint, adressé à tous les médecins de France, que le *Concours Médical* peut vous assurer ces résultats, et que nous n'avons point perdu nos peines. Nous doutons que l'Association générale, elle-même, avec ses sept mille adhérents, puisse bientôt nous présenter un projet plus pratique et plus économique. Notez, en outre, que ce plan est applicable à un nombre restreint d'assurés, cinq cents, aussi bien que cinq mille. *Nous dirons, dans un prochain article, comment se crée et fonctionne la caisse de prévoyance, propre aux assurés et indépendante de toutes façons de celle du journal.*

Nous serons heureux si nous avons réussi à convaincre nos chers adhérents du *Concours Médical* qu'ils devront examiner avec la plus scrupuleuse attention cette organisation. Elle est capable d'assurer à eux ou aux leurs, une fortune en rapport avec, leurs sacrifices et, dans tous les cas, leur procurer la tranquille perspective d'une vieillesse à l'abri du besoin.

Le Directeur,

A. CÉZILLY.

NOTE

Sur un plan d'Assurance sur la vie proposé aux adhérents du CONCOURS MÉDICAL

L'expérience du passé, les nombreuses et généreuses tentatives faites pour la fondation et la durée de compagnies d'assurances sur la vie *professionnelles*, ne peuvent laisser aujourd'hui aucun doute sur ce point que, si cette conception est très-séduisante en théorie, elle est absolument impraticable en réalité. Ce qui fait la force de l'assurance, ce qui lui donne un caractère de sécurité absolue, c'est la diversité et la multiplicité des risques. Si elle s'adresse à une seule classe de personnes, non-seulement le champ d'action est très-limité, mais toutes ces personnes ayant le même genre de vie et s'exposant aux mêmes risques, font courir à l'association les mêmes dangers et en compromettent, par cela même, la stabilité. Il n'y aurait qu'un moyen d'obvier à ce danger, ce serait d'établir un tarif de primes plus élevé. Or, tous ceux qui, mus par la pensée du bien commun, se sont faits les initiateurs de l'assurance professionnelle, se basant sur les nécessités présentes et futures auxquelles ils tendaient à pourvoir, ont dû chercher justement à réduire autant que possible le chiffre des primes d'assurance et ont établi des tarifs inférieurs, en général, à ceux des compagnies qui opèrent sur tout un ensemble de population.

Ils sont partis de ce principe que, les compagnies faisant ce que l'on appelle *des bénéfices*, on pouvait arriver, en supprimant les bénéficiaires, à diminuer la charge annuelle supportée par l'assuré.

Les hommes auxquels cet exposé est destiné sont trop intelligents pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans une discussion approfondie à ce sujet. Il suffira d'établir que ce que l'on nomme improprement *un bénéfice* n'est que la différence entre *la prime* payée au commencement de chaque année et *le coût réel* de l'assurance pendant cette même année. Cette différence est plus ou moins grande selon que les conditions générales d'existence de la compagnie ont été plus ou moins favorables, et ces conditions sont d'autant meilleures que, le

l'assurance aura porté sur un plus grand nombre de têtes; et que les assurés appartiendront à un plus grand nombre de professions.

Il faut remarquer en outre que les frais généraux, dans une entreprise de cette nature, n'augmentent pas dans la même proportion que les capitaux assurés; plus le groupe des associés est restreint, plus les frais sont élevés relativement, et il n'est pas possible de les évaluer à priori.

Enfin, il ne faut pas croire qu'il soit possible, en l'état actuel de la science des assurances, de se prononcer formellement sur la question primordiale de l'assurance, *celle de l'examen médical.* Beaucoup de bons esprits pensent que cette formalité pourrait être supprimée et indiquent, comme palliatif aux pertes probables de l'association, la suppression, pour l'assuré, du droit au paiement du capital pendant les premières années de l'assurance. Mais, en outre de ce que le contrat réalisé, dans ces conditions, n'offre pas au titulaire de la police les avantages immédiats qu'il recherche dans l'assurance, pour l'époque de son décès, il n'est pas établi que ce palliatif ait une efficacité suffisante, l'expérience n'en ayant pas été faite. Appartient-il à ceux que nous avons en vue de la tenter? *Nous n'hésitons pas à répondre négativement.*

Cherchons donc la solution du problème dans une entente avec une compagnie d'assurances actuellement existante, et voyons s'il n'est pas possible de nous exonérer de cette charge sérieuse qui se présente sous la forme de bénéfices attribués à des intermédiaires.

Deux systèmes sont en présence : le système des *compagnies par actions* et celui des *compagnies mutuelles, à primes et engagements fixes.* Les premières ont constitué, dès le jour de leur fondation, un premier capital de réserve par suite de l'intervention d'actionnaires qui sont restés propriétaires du fonds social et des réserves peu à peu constituées et qui, en retour, reçoivent, sous forme de dividende, la répartition des excédents annuels. Avec le temps, les compagnies ont compris qu'il était excessif de distribuer aux actionnaires la totalité de ces excédents, provenant des capitaux versés par les assurés, et elles en ont abandonné une partie à ces assurés.

Les compagnies mutuelles à primes et engagements fixes, qu'il faut bien se garder de se confondre avec les compagnies *tontinières*, répartissent les excédents entre les seuls assurés-associés. Le résultat est que, la prime de première année, étant supposée égale dans les deux genres de compagnies, les bénéfices reçus par les *associés* de la compagnie mutuelle à primes fixes, sont de beaucoup plus élevés que ceux répartis entre les *assurés* de la compagnie par actions.

Cette question de la *mutualité* a été l'objet d'observations très-pertinentes, émanant d'hommes considérables dans l'assurance, MM. de Montluc, Monrose, et autres; tout récemment encore M. le Dr Bertillon, chef de la statistique municipale de la ville de Paris, s'exprimait ainsi dans une lettre rendue publique : « Au fond, toute assurance n'est solide que par la *mutualité;* c'est là sa vraie force, quoiqu'on ait essayé de faire croire le contraire au public et, une fois qu'une assurance a groupé assez d'adhérents, *elle n'a plus besoin d'autres garanties ;* prétendre doubler cette garantie *si solide et gratuite* par celle de gros capitaux, moins complète, moins sûre et *fort onéreuse,* c'est faire une opération de dupe très-préjudiciable à l'œuvre, car il faut alors que les primes soient assez élevées pour, d'une part, couvrir les risques et, de l'autre, pour payer les intérêts d'un capital de garantie qui ne garantit plus qu'un risque minuscule et insignifiant (si les assurés sont assez nombreux), c'est-à-dire nul, car, dans la pratique des affaires humaines, lorsqu'un danger devient trop faible, il est comme s'il n'existait pas, etc. C'est là que nous en sommes avec la plupart de nos assurances sur la vie et c'est ce qui explique leur maigre succès : sans doute, dans les commencements, l'aide des gros capitaux est, sinon absolument nécessaire, au moins fort précieux ; mais il faut pouvoir les remercier à l'heure où leurs services cessent d'être utiles, comme on en use avec un serviteur qui ne rend plus de services. C'est ainsi qu'ont fait les assurances américaines (la *New-York* et autres); c'est ainsi qui sont en train de faire les assurances anglaises ; c'est ainsi que seront obligées de faire les assurances françaises elles-mêmes, mais, pour avoir trop tardé, elles auront reculé d'un siècle le succès des assurances en France.

» *Signé,* Dr Bertillon. »

Nous n'entrerons pas dans le détail des opérations, en général similaires, pratiquées par les unes et par les autres, mais, après avoir recherché celles des compagnies qui nous paraissent offrir les avantages les plus sérieux à nos adhérents, nous nous sommes arrêté à une compagnie mutuelle à primes et engagements fixes, la compagnie d'assurances sur la vie la *New-York,* dont nous proposons l'adoption aux membres adhérents du journal le *Concours médical.*

Organisée aux États-Unis en 1845, la *New-York* a fondé à Paris, en 1870, une succursale qui est devenue, à son tour, la maison-mère de toutes les succursales européennes. Son fonds de garantie, formé des seules réserves faites à l'aide des primes qu'elle a perçues et des résultats d'une bonne et intelligente administration, s'élève actuellement à un capital de plus de 200 millions dont les intérêts suffisent et au-delà, depuis longtemps, à payer tous les sinistres et annuités de rentes. Il n'y a pas le moindre doute qu'elle ne nous offre toutes les sécurités nécessaires et l'importance des opérations qu'elle a faites en France depuis dix années nous est un sûr garant de l'accroissement incessant de sa prospérité.

La compagnie fait les opérations d'assurance de capitaux payables *en cas de décès* seulement; les *assurances mixtes*, c'est-à-dire les assurances de capitaux payables au bout d'un nombre d'années fixé ou immédiatement en cas de décès, et les *rentes viagères.*

Les assurances en cas de décès peuvent être faites à *primes viagères* ou à *primes temporaires* payables pendant 5, 10, 15 ou 20 ans, *avec* ou *sans* participation aux bénéfices.

Les assurances mixtes sont pratiquées pour des échéances fixées à 10, 15, 20, 25, 30 ou 35 ans, au choix de l'assuré, mais *toujours* avec partici-

pation aux bénéfices.

Les répartitions de bénéfices sont annuelles et coïncident avec l'échéance de la prime ; les dividendes peuvent être employés à diminuer la prime, ou à augmenter le capital assuré, et, dans ce dernier cas, la valeur de ces augmentations successives *reste toujours à la disposition de l'assuré* pour être employée au paiement de la prime. Mais la compagnie pratique en outre un mode particulier de répartition qu'elle intitule du nom de : *Accumulation des bénéfices*, et dont l'économie offre à ceux qui l'adoptent des avantages personnels considérables dont on trouvera l'exposé ci-après.

En ce qui concerne la prime, il n'est pas possible de faire fléchir les règles et les tarifs adoptés et c'est dans la répartition des bénéfices qu'il faut chercher les avantages qui nous sont offerts.

De même, nul ne pourra être dispensé de la formalité de l'examen médical préalable. Chacun comprendra que cette formalité ne puisse être supprimée : la mortalité étant la base de l'assurance, la compagnie doit s'éclairer sur les risques soumis à son acceptation.

Il est évident, en outre, que tous les adhérents ne pourront adopter le même plan d'assurance, soit en raison de leur âge, soit en raison de leur état de santé ou de leurs antécédents de famille. Mais nous pensons que, à peu d'exception près, tous pourront être acceptés sur l'une des trois combinaisons ci-après, auxquelles nous nous sommes arrêté après un mûr examen :

1° L'assurance *en cas de décès seulement*, à primes payables *jusqu'au décès* ;

2° L'assurance *en cas de décès seulement*, à primes payables *pendant 20 ans ;*

3° L'assurance *mixte* de vingt ans.

Ces trois formes d'assurance comportent la participation dans les bénéfices, et les exemples choisis sont tous tirés des tarifs avec participation. Il existe, comme nous l'avons dit, pour l'assurance en cas de décès à primes viagères ou temporaires (nos 1 et 2), un tarif sans participation qui est sensiblement moins élevé que l'autre. Nous n'en parlerons pas autrement parce que, d'après la moyenne et l'élévation croissante chaque année des taux de répartition, les assurés ont, dès la quatrième ou la cinquième année au plus tard, avantage à avoir choisi le tarif avec participation.

Accumulation des bénéfices.

L'emploi des bénéfices par le mode dit de « *l'accumulation* » consiste en ce que l'assuré peut, lors de la signature de sa proposition d'assurance *et à ce moment-là seulement*, faire l'abandon de ses bénéfices annuels pour un temps limité à 10, 15 ou 20 années à son choix. Il paie, pendant tout ce temps, l'intégralité de sa prime et les bénéfices annuels de sa police sont versés, par la compagnie, à une caisse spéciale comprenant ceux de ses coassociés qui ont choisi, dans des conditions similaires d'année et d'assurance, le même mode d'emploi ; si l'assuré vient à décéder pendant le cours de cette association, la compagnie paie le capital assuré au bénéficiaire de la police, mais les bénéfices restent acquis à la caisse d'association ; si l'assuré est vivant à l'expiration du terme fixé, et qu'il ait maintenu sa police en vigueur, il partage avec ses coassociés survivants à cette époque le montant total de la caisse. Si l'assuré cesse le paiement de ses primes pour une cause quelconque, hormis le cas de décès, les bénéfices restent acquis à la caisse d'association et l'assuré est déchu *de tout droit au capital assuré* aussi bien qu'aux bénéfices. C'est là un danger sérieux auquel on peut obvier par divers moyens, mais que n'ont point à redouter les adhérents du journal le « *Concours Médical*, » par suite de l'organisation et du fonctionnement de leur caisse de prévoyance.

On voit, par ce qui précède, que le temps pendant lequel les bénéfices peuvent être employés par le mode de *l'accumulation* est indépendant de la durée de la police d'assurance. Il peut être juxtaposé pendant 15 ou 20 ans à une police payable seulement au décès, ou pendant 15 ans seulement à une police d'assurance mixte de 15, 20, 25, 30 ou 35 ans. A l'expiration de la période d'accumulation, le service des répartitions annuelles à l'assuré reprend son cours ordinaire et la prime se trouve considérablement réduite.

Les assurés qui ont adopté ce mode d'emploi de leurs bénéfices *ont droit*, à la cessation de la période choisie par eux, de *cesser leur assurance* et de prendre, en espèces ou autrement, d'après l'option qui leur est laissée par la compagnie, toute la valeur de leur police à cette époque, c'est-à-dire leurs bénéfices accumulés et *la totalité* de la réserve faite par la Compagnie pour pourvoir au paiement de capital.

Ils peuvent opter principalement entre :

1° Le paiement en espèces de la valeur totale de leur police.

2° Une police pour un capital supérieur de beaucoup au capital initial, payable au décès seulement, entièrement libéré de toute prime à payer, et sans participation aux bénéfices ;

3° Une rente viagère calculée sur l'âge atteint par eux à cette époque et d'après les tarifs en vigueur.

Dans les exemples qui suivront, de même que dans les tableaux annexés, nous avons adopté, comme type, l'accumulation des bénéfices pendant 20 ans ; elle est d'une application plus facile et en même temps plus avantageuse que l'accumulation pendant 10 ou 15 ans.

Nous examinons ci-après l'économie des trois combinaisons choisies et les avantages que présente chacune d'elles.

1° *Assurance en cas de décès seulement, à primes viagères, avec ou sans accumulation des bénéfices pendant 20 ans.*

Le capital sera payé, lors du décès de l'assuré, à telle personne qu'il aura désignée lui-même, nommément, dans sa proposition d'assurance ou, s'il n'a pas fait de désignation, à ses ayant-droit.

Les bénéfices seront employés chaque année par lui, ou à diminuer sa prime, ou à augmenter le capital assuré. S'il opte pour la diminution, il aura lieu d'espérer que, en 20 ans par exemple, la prime sera diminuée de 40 à 50 0/0 environ. S'il opte toujours pour l'augmentation du capital, on peut penser que l'augmentation totale en 20 années sera de 25 à 30 0/0 du capital assuré.

S'il opte, dans sa proposition, pour l'accumula-

tion des bénéfices, il touchera en espèces au bout de 20 ans, une somme représentant, selon l'âge initial, de 23 à 27 fois la prime annuelle d'assurance, et continuera d'être assuré, le capital intégral restant payable au décès. La prime annuelle qu'il aura à payer sera réduite, comme il est dit ci-dessus, de 40 à 50 0/0 et la répartition des bénéfices reprendra son cours annuel.

S'il cesse son assurance, il touchera pour la *valeur totale* de sa police, une somme totale équivalant à 27 ou 37 fois la prime d'assurance, selon l'âge initial, ce qui représente, à partir de l'âge de 37 ans, un capital supérieur au capital assuré.

L'annexe ou tableau n° 1 donne, d'après les tarifs et calculs actuels de la compagnie, les résultats approximatifs de cette forme d'assurance pour tous les âges, de 27 à 50 ans (1).

Quel que soit le mode choisi pour la répartition des bénéfices, le capital est toujours dû en entier par la compagnie, immédiatement après le décès, pourvu que la police ait été tenue en vigueur par le paiement régulier des primes annuelles. Si, après le paiement de *trois primes* au moins, il convient à l'assuré de ne pas continuer son assurance, il a le *droit* de réclamer la délivrance d'une police libérée, payable lors du décès, sans participation aux bénéfices et dont le montant sera calculé d'après le tarif en vigueur, en considérant comme une prime unique le montant intégral de la réserve faite à cette époque.

Cette faculté de libération n'appartient pas à l'assuré qui a pris *une police d'accumulation*. On a vu en effet plus haut que, s'il cesse le paiement de ses primes, il perd *tous ses droits au capital* aussi bien qu'aux *bénéfices* et cela, en raison de l'élévation des avantages qu'il doit retirer de sa police s'il la conduit jusqu'au terme de la période d'accumulation.

2° *Assurance payable en cas de décès, à primes payables pendant vingt ans, avec ou sans accumulation de bénéfices pendant vingt ans.*

Les différences essentielles existant entre ce mode d'assurance et le précédent consistent en ce que :

1° L'assuré ne devra plus de prime lorsqu'il aura payé les vingt annuités convenues ;

2° S'il cesse ses paiements à une époque quelconque, pourvu qu'il en ait effectué *trois* au moins, il aura droit de réclamer une police libérée, payable au décès, sans participation aux bénéfices, d'un montant égal à autant de vingtièmes du capital initial qu'il aura effectué de paiements annuels : cinq vingtièmes pour cinq primes, quinze vingtièmes pour quinze primes, etc.

Ce mode de calcul s'applique à toutes les polices à primes *temporaires*. Si l'assuré avait fait une assurance à primes payables pendant quinze ans, il aurait droit à une police libérée égale à autant de quinzièmes du capital initial qu'il aurait payé de primes annuelles. De même pour les autres genres de polices.

L'annexe n° 2 présente les résultats de ce genre d'assurance pour tous les âges, de vingt-sept à cinquante, avec les résultats probables de la police d'accumulation de vingt ans.

Les droits de l'assuré sont les mêmes que dans l'assurance précédente, en ce qui concerne l'option entre les divers modes d'emploi de ses bénéfices accumulés : les résultats en chiffres diffèrent seuls. S'il continue son assurance, ses bénéfices à toucher en espèces équivaudront à 22 ou 27 primes annuelles, selon l'âge initial ; s'il la discontinue il touchera, comme valeur totale, une somme en espèces équivalant à 36 ou 44 primes annuelles.

3° *Assurance mixte de vingt ans, payable à l'assuré lui-même après vingt ans ou, en cas de décès, immédiatement à une tierce personne désignée ; avec ou sans accumulation des bénéfices pendant vingt ans.*

Cette combinaison est, de beaucoup, la plus avantageuse. Si la prime est plus élevée, les produits à recueillir sont aussi plus considérables que dans les autres formes, ainsi que l'on peut s'en convaincre par l'examen *de l'Annexe n° 3*.

L'assurance mixte, quelle qu'en soit l'échéance, est toujours choisie de préférence par les hommes qui ont l'espoir de jouir sûrement, pendant un temps dont ils connaissent la durée, d'un revenu un peu élevé et qui n'hésitent pas à s'imposer un sacrifice annuel un peu plus considérable que ne le comporterait l'assurance en cas de décès seulement, en vue de procurer, à l'échéance de ce terme, à eux ou à leur famille, des ressources exceptionnelles.

Les règles de la police d'accumulation, exposées ci-dessus, sont applicables à l'assurance mixte de vingt ans, sauf, dans le cas particulier que nous exposons, en ce qui concerne la question de savoir si cette assurance continuera ou non à l'expiration de l'accumulation, puisqu'elle doit prendre fin en même temps, l'assuré recevant à cette époque, en même temps que les bénéfices, l'intégralité du capital assuré.

Si l'assuré, repoussant la police d'accumulation, avait employé annuellement ses bénéfices à diminuer sa prime, il eût obtenu en vingt années, une diminution progressive de 50 à 60 0/0 environ. S'il les eût employés à augmenter le capital, il eût obtenu, dans le même temps, une augmentation totale de 70 à 80 0/0 environ de son capital assuré.

Il est facile de déterminer, par comparaison, la forme d'assurance qui offre le plus d'avantages pécuniaires.

Supposons que l'assurance avec accumulation des bénéfices ait duré vingt ans dans les trois cas, pour chacun des âges 37 et 45 ans. Ces âges ont été choisis comme offrant une bonne moyenne d'exemple dans la plupart des applications.

(1) Il est bien entendu que, sauf les chiffres de primes et de réserves, les résultats ne sont pas GARANTIS par la compagnie ; les bénéfices annuels étant aléatoires, les résultats ne peuvent pas être fixés pour une période quelconque.

N° 1. Capital assuré 10,000 francs.

Age et mode d'Assurance	Valeur totale. à toucher la police prenant fin	Primes. Payées.	Bénéfice	Relation avec l'ensemble des primes en nombre	pourcentage
Age 37					
1. En cas de décès, prime viagère	10.087.50	5.634	4.453.50	35	179 0/0
2. En eas de décès, 20 primes	14.051.25	7.166	6.885.25	39	196 0/0
3. Mixte, 20 ans	21.668.50	10.094	11.574.50	42	214 0/0
Age 45					
1. En cas de déeès, prime viagère	14.530.	7.594	6.936. »	38	192 0/0
2. En eas de décès, 20 primes	18.630.	9.006	9.624. »	41	206 0/0
3. Mixte, 20 ans	24.630.	11.008	13.622. »	44	224 0/0

Si nous supposons maintenant que ces deux assurés, au bout de vingt ans, aient le désir de convertir la valeur de leur police en une police libérée, sans participation, payable à leur décès ou en unc rente viagère ils obtiendront les résultats indiqués par le tableau suivant.

N° 2. Capital assuré 10,000 francs.

Tarif	Age	Primes Payées	Police Libèrée	Rente viagère	Taux pour 100 francs des primes
1. En cas de décès	37	5.634. »	19.431. »	1031.95	18.31 0/0
Prime viagère	45	7.594. »	23.250. »	1358.10	17.89 0/0
2. En eas de déeès	37	7.166. »	27.100. »	1476.18	20.62 0/0
Prime pendant 20 ans	45	9.006. »	29.800. »	1597.71	17.73 0/0
3. Mixte, 20 ans	37	10.094. »	42.000. »	2216.68	21.96 0/0
	45	11.008. »	39.400. »	3174.80	28.90 0/0

Il n'est pas possible d'établir une comparaison entre les résultats probables indiqués par les tableaux ci-dessus et les résultats que pourraient obtenir des assurés de même âge dans des compagnies françaises par actions, ces compagnies n'ayant pas de contrat analogue à la Police d'accumulation des bénéfices de la New-York.

On peut comparer seulement en ce qui concerne les bénéfices employés annuellement en diminution des primes ou en augmentation du capital assuré. Nous nous bornerons à parler de la diminution des primes.

Si l'on prend comme point de comparaison les résultats annoncés dans une brochure publiée par une compagnie française par actions et que l'on rapproche ces résultats des bénéfices réalisés par la New-York, on trouve une différence considérable tout à l'avantage des associés de cette dernière et qui démontre surabondamment les avantages de la mutualité à primes et engagements fixes.

Prenons un exemple :

Deux personnes âgées de 32 ans 1/2 ont souscrit, en 1870, chacune un contrat d'assurance de 10,000 francs, payable en cas de décès seulement, l'une à la compagnie française, moyennant une prime annuelle de 265 »
l'autre à la New-York. — 240 50

On remarque tout d'abord qu'il existe un écart de prime de 24 fr. 50 en faveur de l'assuré de la New-York (1).

En relevant les dividendes en espèces afférents à cette police, et en calculant les dividendes distribués par la compagnie françaises d'après les taux indiqués dans la brochure de cette compagnie pour les années 1871 et suivantes, on arrive à établir le tableau suivant :

Année.	Comp. Française Dividendes en espèces.	Taux.	New-York Dividendes en espèces.	Taux. relativement à la prime.
1871	6.04	2.28	3.440	14 30 0/0
1872	15.90	3. »	38. »	16.34 0/0
1873	25.44	3.20	41.30	17.68 0/0
1874	32.01	3.02	44.72	18.50 0/0
1875	40.15	3.03	47.58	19.78 0/0
1876	47.70	3. »	50.48	20.98 0/0
1877	38.95	2.10	53.96	22.43 0/0
1878	42.82	2.02	57.48	23.90 0/0
Total des bénéfices touchés.	249.01	soit 0.94 0/0 de la prime.	367.92	soit 1.52 0/0 de la prime.
Neuf primes dues	2.385 »		2.164.50	
som. déboursée.	2.135.99		1.796.58	
			2.135.99	
Différence en huit années.			339.41	

Ou près de une annuité et demi de prime.

Si l'on se reporte aux résultats que les associés de la New-York peuvent obtenir par l'emploi des bénéfices d'après le mode de l'accumulation, on verra que ces associés peuvent joindre une très-belle opération personnelle de placement à la protection qu'ils ont cherchée dans l'assurance pour leur famille.

Ces résultats se passent de commentaires.

On a vu qu'un seul danger est à craindre dans la police d'accumulation, *la déchéance totale* de tout droit, même à une *portion* du capital, si l'assuré discontinue le paiement de ses primes. Mais les adhérents du *Concours Médical n'ont point à redouter cette déchéance, attendu que leur caisse de prévoyance sera toujours en mesure de pourvoir au paiement d'un certain nombre de primes, dans des conditions fixées d'avance et sauvegardant la dignité de tous, à l'aide des ressources spéciales qu'elle tirera de*

(1) Cet exemple est tiré d'une police en cours à la New-York depuis 1870.

l'assurance même. D'autre part, chaque assuré peut toujours atténuer personnellement ce danger en ayant soin de payer toujours une ou plusieurs primes par anticipation :

Rentes viagères.

Nous n'avons pas traité la question des rentes viagères; il n'est pas nécessaire d'entrer dans de grands détails.

Les rentes peuvent être constituées :

Sur une ou plusieurs têtes;

Avec jouissance *immédiate*, ou *différée* d'un nombre quelconque d'années;

Elles peuvent être faites *sans réduction* ou *avec réduction* d'une quotité déterminée, après le *premier* décès ou après le décès de l'un des rentiers *spécialement désigné;*

Au bénéfice d'une tierce personne avec condition qu'elles seront *insaisissables, incessibles,* ou à *titre alimentaire.*

Enfin on peut constituer des rentes à soi-même ou à d'autres personnes avec condition de *remboursement d'une portion quelconque du capital versé* à la compagnie. Cette dernière combinaison, spéciale à la New-York, permet aux pères de famille de bénéficier de l'élévation des tarifs, tout en sauvegardant pour leurs héritiers une forte partie de leur avoir, conciliant ainsi leur intérêt personnel, leurs besoins actuels, avec les obligations que leur imposent les usages et la loi.

Le taux des rentes de la New-York est de 15 à 30 0/0 plus élevé que le taux des rentes des compagnies françaises par actions. Cela tient à ce que:

1° Les charges de la New-York sont moindres puisqu'elle n'a pas d'actionnaires à satisfaire;

2° Le taux d'intérêt de ses placements est plus élevé;

3° Elle calcule ses réserves sur une table de mortalité, spéciale aux compagnies américaines, et beaucoup plus favorables aux rentiers que la table usitée en France.

La New-York, dont le siége principal est en Amérique, a des succursales dans le monde entier. Les contrats consentis par elle sont exécutoires dans *toutes ses succursales* et peuvent être, au gré des contractants-associés, exécutoires dans un pays plutôt que dans un autre. De même les rentes peuvent être stipulées exclusivement payables en or.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance exceptionnelle des fonds de garantie de la New-York, sur la sécurité particulière aux associés français résultant de l'existence de la société civile, composée de trois anciens Ministres des finances français, chargée de l'administration du fonds spécial déposé à la Banque de France. Mais il est nécessaire de faire remarquer que, pouvant, aux termes de ses statuts, basés sur la loi des Etats-Unis, calculer ses réserves sur le taux de 4 1/2 0/0, elle les calcule sur le taux de 4 0/0, créant ainsi un capital de garantie spécial, aujourd'hui considérable, destiné à pourvoir à toute éventualité de mortalité excessive ou de crise économique trop prolongée.

ANNEXE n° 1. — *Assurance de 10,000 francs, en cas de décès, à Primes Viagères avec accumulation des bénéfices pendant 20 ans.*

Age	Prime annuelle	Total des 20 primes payées	Bénéfice à toucher la Police restant en cours	Valeur Totale à toucher la Police étant réalisée	Rapport de la Valeur totale aux primes	ÉCHANGE de la Valeur totale contre une Police Liberée	ÉCHANGE des Bénéfices contre une Rente Viagère
27	209 30	4186	»	»	»	»	»
28	214 80	4296	»	»	»	»	»
29	220 70	4414	»	»	»	»	»
30	227 »	4540	5280	7750 »	170 0/0	17550 »	453 »
31	233 50	4670	»	»	»	»	»
32	240 50	4810	»	»	»	»	»
33	247 80	4956	»	»	»	»	»
34	255 60	5112	»	»	»	»	»
35	263 80	5276	»	»	»	»	»
36	272 50	5450	»	»	»	»	»
37	281 70	5634	7056	10087 »	179 0/0	19431 »	721 82
38	291 50	5830	7310	10450 »	179 »	19700 »	771 20
39	301 90	6038	»	»	»	»	»
40	313 »	6260	»	»	»	»	»
41	324 70	6494	»	»	»	»	»
42	337 20	6744	»	»	»	»	»
43	350 50	7010	»	»	»	»	»
44	364 60	7292	»	»	»	»	»
45	379 70	7594	10530	14530 »	192 0/0	23250 »	1358 10
46	395 80	7916	»	»	»	»	»
47	413 »	8260	»	»	»	»	»
48	431 30	8626	»	»	»	»	»
49	450 90	9018	»	»	»	»	»
50	471 80	9436	»	»	»	»	»

Annexe n° 2. — *Assurance de 10,000 francs, en cas de décès, primes pendant 20 ans avec accumulation des bénéfices pendant 20 ans.*

Age	Prime annuelle	Total des 20 primes payées	Bénéfice à Toucher la Police restant en cours	Valeur totale à Toucher, la Police étant Réalisée	Rapport de la Valeur totale aux Primes	ÉCHANGE	
						de la Valeur Totale contre une Police Libérée	des Bénéfices contre une Rente Viagère
27	285 »	5700	»	»	»	»	»
28	290 90	5818	»	»	»	»	»
29	297 10	5942	»	»	»	»	»
30	303 60	6072	7100	11400	187 0/0	26500 »	609 20
31	310 30	6206	»	»	»	»	»
32	317 40	6348	»	»	»	»	»
33	324 80	6496	»	»	»	»	»
34	332 60	6652	»	»	»	»	»
35	340 80	6816	»	»	»	»	»
36	349 30	6986	»	»	»	»	»
37	358 30	7166	8867	14051	195 »	27100 »	907 14
38	367 80	7356	9120	14490	196 »	27200 »	776 05
39	377 80	7556	»	»	»	»	»
40	388 30	7766	»	»	»	»	»
41	399 30	7996	»	»	»	»	»
42	411 »	8220	»	»	»	»	»
43	423 40	8468	»	»	»	»	»
44	436 40	8728	»	»	»	»	»
45	450 30	9006	12390	18630	206 0/0	29800 »	1597 71
46	465 »	9300	»	»	»	»	»
47	480 70	9614	»	»	»	»	»
48	497 30	9946	»	»	»	»	»
49	515 »	10300	»	»	»	»	»
50	533 80	10776	»	»	»	»	»

Annexe n° 3. — *Assurance de 10000 francs, mixte de 20 ans, avec accumulation des bénéfices pendant 20 ans.*

Age	Prime annuelle	Total des 20 primes payées	Capital	Bénéfice et Capital	Rapport de la Valeur totale aux primes payées	ÉCHANGE	
						de la Valeur totale contre une Police libérée	de la Valeur totale contre une Rente Viagère
27	479 80	9596	10000	»	»	»	»
28	481 50	9630	»	»	»	»	»
29	483 30	9666	»	»	»	»	»
30	485 30	9706	10000	20540	212 0/0	47750 »	1762 30
31	487 40	9748	»	»	»	»	»
32	489 70	9794	»	»	»	»	»
33	492 20	9844	»	»	»	»	»
34	494 90	9898	»	»	»	»	»
35	497 90	9958	»	»	»	»	»
36	501 10	10022	»	»	»	»	»
37	504 70	10094	10000	21668	214 0/0	42400 »	2216 68
38	508 60	10172	10000	21830	214 »	41200 »	2303 06
39	513 »	10260	»	»	»	»	»
40	517 80	10356	»	»	»	»	»
41	523 10	10462	»	»	»	»	»
42	528 90	10578	»	»	»	»	»
43	535 40	10708	»	»	»	»	»
44	542 50	10850	»	»	»	»	»
45	550 40	11008	10000	24630	224 0/0	39400 »	3174 80
46	559 10	11182	»	»	»	»	»
47	568 90	11378	»	»	»	»	»
48	579 60	11592	»	»	»	»	»
49	591 50	11850	»	»	»	»	»
50	604 50	12090	10000	»	»	»	»

Paris, typ. de M. Décembre, 326, rue de Vaugirard,

NOTE

SUR LES APPAREILS

INDIQUÉS DANS LES CAS

D'INCONTINENCE

DES URINES ET DES MATIÈRES FÉCALES

Il faut distinguer parmi les appareils destinés aux malades atteints d'incontinence d'urine :

1° Ceux qui se fixent au corps à l'aide d'une ceinture :

Urinaux de divers modèles.

2° Ceux qui sont destinés à être employés, le malade étant couché. Ces derniers se divisent en appareils fixes : *alèses à poche,* et en appareils mobiles : *urinoirs.*

Les urinaux sont formés de deux parties distinctes :

L'une inférieure ou poche, B, l'autre supérieure ou gaîne, A, réunies par un raccord armé d'une valvule s'ouvrant de haut en bas, de façon à empêcher que le liquide tombé dans le *réservoir*, puisse, sous l'influence d'un mouvement ou d'un changement de position, refluer vers la *partie supérieure*. Cette dernière donne naissance, latéralement, à la ceinture qui sert à rendre l'appareil solidaire du corps.

Nous avons adopté deux formes pour le réservoir : la *poche longue* qui descend le long de la face interne de la jambe, presque jusqu'à la cheville; la *poche ovale*, plus large, s'arrête au genou, elle occupe seulement la face interne de la

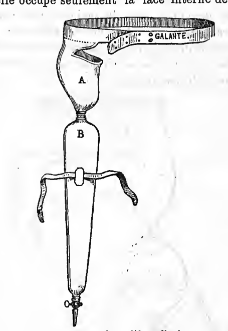


Fig. 1. — Urinal, modèle ordinaire.

cuisse. L'un et l'autre de ces deux modèles présen-

tent : un robinet fixé à la partie inférieure, — et, dans leur partie moyenne, une bande qui sert à maintenir le réservoir fixé à la jambe.

La partie supérieure de ces appareils affecte des formes variées.

Le *modèle ordinaire* (Fig. 1) présente une simple gaîne disposée pour recevoir le pénis.

L'*urinal à diaphragme* (fig. 2) est, dans ses parties essentielles, semblable au précédent ; cependant la poche présente intérieurement un diaphragme (en caoutchouc vulcanisé, comme tout le reste de l'appareil), percé d'une ouverture centrale dans laquelle le pénis doit être engagé. Cette disposition, imaginée en vue d'obtenir un *urinal de nuit*, laisse à désirer dans certains cas au point de vue de la pratique ; en effet, pour s'opposer au

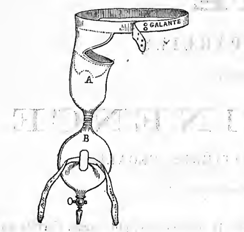


Fig. 2. — Urinal à diaphragme

reflux de l'urine, qui, le malade étant couché, tendra à passer entre le pénis et le bord de l'ouverture du diaphragme, il faut que cette ouverture exerce une compression circulaire, qui peut devenir promptement insupportable ;

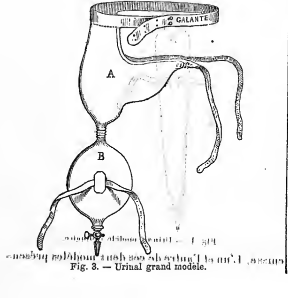


Fig. 3. — Urinal grand modèle.

Dans *l'urinal grand modèle* (Fig. 3), la poche comprend à la fois le pénis et le scrotum, elle se termine en arrière par des sous-cuisses qui viennent se fixer à la ceinture.

— Ce modèle est surtout indiqué chez les vieillards dont la verge est effacée ;

L'urinal grand modèle avec suspensoir (Fig. 4), se distingue du précédent par une seconde

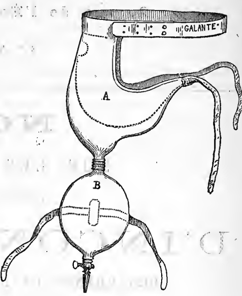


Fig. 4. — Urinal grand modèle avec suspensoir.

poche fixée intérieurement et faisant office de suspensoir. Cette poche est ouverte en un point pour le passage de la verge. — Ce modèle, également indiqué chez les hommes âgés, permet, dans certains cas, d'éviter que le scrotum soit en contact avec l'urine ; ce qui a nécessairement lieu dans le modèle précédemment décrit.

Dans l'*urinal pour femmes* (Fig. 5), la poche

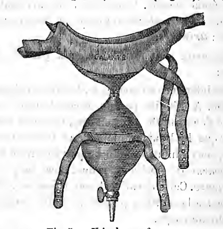


Fig. 5. — Urinal pour femmes.

affecte une forme en rapport avec les parties sur lesquelles elle doit s'appliquer ; elle présente laté-

ralement deux bandes, qui, fixées à l'aide de sous-cuisses, maintiennent l'appareil dans des rapports exacts.

Tous les appareils que nous venons de décrire rendent des services réels, lorsqu'ils sont employés durant la marche, dans la station verticale ou même assis. — Dans cette dernière position, il y a lieu d'observer en vue d'assurer à l'ensemble de l'appareil une pente suffisante pour le passage de l'urine de la partie supérieure dans le réservoir, la recommandation suivante : s'asseoir près du bord du siège, et étendre la jambe à laquelle est fixé le réservoir, en faisant porter le talon sur le sol. On conçoit aisément que si le malade est assis profondément dans un fauteuil cédant un peu sous le poids de son corps, le réservoir se trouvera placé à un niveau relativement élevé, et les urines, si bien adapté que soit l'appareil, reflueront en arrière au lieu de se rendre dans le réservoir ; à plus forte raison les choses se passeront de même si le malade est couché. *Nous avançons donc qu'il n'y pas d'urinal de nuit*, ou du moins d'appareil qui puisse être appliqué avec succès, dans tous les cas, à un malade couché. En effet, considérons un malade étendu sur son lit : le poids de son corps déprime la literie. Cette dépression est plus sensible au niveau du bassin qu'en aucun autre point : or l'émission des urines ayant précisément lieu à l'endroit de cette déclivité, on ne peut admettre qu'elles puissent se rendre à un réservoir placé le long de la cuisse. La condition la plus favorable qui pourrait se présenter, serait l'horizontalité de l'ensemble de l'appareil : et elle est insuffisante pour déterminer le passage du liquide. Il faut donc renoncer, pour un malade couché, aux appareils que nous venons de décrire.

Partant de ce principe que les urines librement émises par un homme couché viennent se collecter derrière le scrotum, nous avons construit, suivant les indications de M. le docteur Bouloumié, un urinal dont la poche est en retour sur la partie pénienne, elle est située précisément au point que nous venons d'indiquer comme étant celui où les urines viennent se réunir.

L'urinal de M. le docteur Bouloumié (Fig. 6) est basé sur les principes suivants :

1° La ligne suivant laquelle un individu est couché, — ligne de décubitus, — est une ligne brisée dont l'angle ouvert en haut est placé au niveau des fesses ;

2° Il y a entre une ligne horizontale, passant par l'extrémité antérieure de la verge et le lit, un espace suffisant pour placer un réservoir de 600

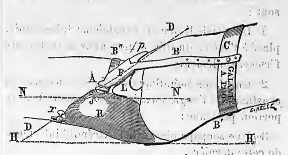


Fig. 6. — Schema de l'urinal du docteur Bouloumié.

à 900 centimètres cubes de capacité, suivant le volume des cuisses et des fesses des individus ;

3° Un réservoir destiné à collecter l'urine émise, pendant le décubitus, devant se trouver au point où elle rend spontanément, c'est en arrière d'une ligne qui prolongerait la direction de la verge qu'il faut le placer (Fig. 7).

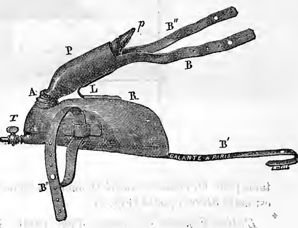


Fig. 7. — Urinal du docteur Bouloumié.

L'appareil se compose essentiellement :

1° D'une portion pénienne, — tube cylindrique de volume assez considérable pour laisser passer aisément la verge ;

2° D'un réservoir en caoutchouc muni antérieurement d'une robinet évacuateur.

Les pièces destinées à fixer l'appareil sont :

1° Une ceinture ;

2° Trois courroies réunissant, les unes la portion pénienne, l'autre la partie postérieure du réservoir à la ceinture ;

3° Une courroie de caoutchouc, jouant dans un passant inséré latéralement au réservoir, est destinée à fixer l'appareil à l'une des cuisses.

Les pièces destinées à assurer la pénétration de

l'urine dans le réservoir et à en empêcher le reflux sont :

1° Un demi-disque en caoutchouc très-souple, placé à l'entrée du tube pénien dans sa moitié inférieure seulement;

2° Une lame métallique destinée à assurer la constance de l'angle formé par le réservoir et la portion pénienne;

3° Une soupape placée à l'extrémité inférieure de cette dernière.

L'insertion plus ou moins oblique du tube pénien et l'adaptation d'un cylindre rigide dans une gaîne de caoutchouc, permettent d'appliquer l'appareil aux diverses conformations. Ce qui distingue essentiellement ces appareils de ceux qui avaient été faits antérieurement, c'est la situation donnée au réservoir, qui, placé dans les points déclives, peut se remplir entièrement sans que le liquide tende à se renverser.

Cet appareil donne de bons résultats, lorsque la verge peut être maintenue dans la partie pénienne du dit appareil, et que les mouvements que peut faire le malade ne viennent pas déranger les rapports établis entre les régions intéressées et l'urinal.

Le seul appareil qui donne des résultats certains pour un malade couché (homme ou femme) est notre *alèse à poche* (Fig. 8).

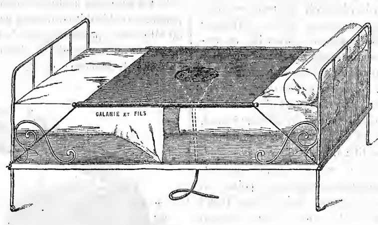
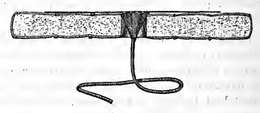


Fig. 8. — Alèse à poche.

L'alèse à poche est formée d'une feuille de caoutchouc vulcanisé, mesurant environ un mètre carré, elle est bien exactement tendue sur le lit à l'aide de liens attachés aux extrémités de deux bâtons engagés dans des coulisses disposées latéralement à cet effet. En son centre, l'alèse présente une série de petites ouvertures en communication avec une poche en caoutchouc qui se termine par un tube ayant environ un mètre de longueur. L'alèse est tendue sous le malade, la poche logée dans l'épaisseur du premier matelas, le tube traverse la literie, son extrémité inférieure plonge dans un vase placé sous le lit (Fig. 9).

Les urines s'écoulent au fur et à mesure qu'elles sont émises. Le malade repose sur un plan toujours sec et ne présentant aucun pli pouvant le blesser.

Il est facile d'entretenir dans un état de propreté absolue le malade et l'appareil en employant un peu d'eau tiède qui, après avoir servi à nettoyer le malade, se rendra dans le vase inférieur après avoir parcouru le chemin précédemment suivi par les urines.


Fig. 9. — Schema de l'alèse à poche.

L'adaptation de l'appareil sur le lit se fait de la façon suivante :

Au niveau du point déprimé de la literie, correspondant au bassin, on pratique sur le matelas une incision en croix — (chacune des branches de cette croix doit avoir une longueur à peu près égale au diamètre de la poche; soit environ 34 centimètres). Ceci fait, on enlève quelques

poignées de la garniture intérieure du matelas, de façon à mettre à nu sa paroi inférieure, sur laquelle on pratique une seconde incision en croix semblable à la première et orientée de la même façon. En réunissant, par quelques points de couture, deux à deux les huits pointes résultant de ces deux incisions, on obtient une cavité dans laquelle sera logée la poche.

En procédant suivant les indications que nous venons de donner, cette cavité est obtenue sans faire subir à l'enveloppe du matelas aucune perte de substanee. Il sera facile de la remettre en état ultérieurement s'il y a lieu.

De simples incisions ou boutonnières pratiquées dans les pièces inférieures de la literie suffiront pour livrer passage au tube, dont l'extrémité inférieure, comme nous l'avons déjà dit, doit se rendre dans un vase placé sous le lit. Il est inutile de percer le drap qui se trouve entre l'alèse et le matelas, on en met un du côté de la tête qui vient seulement jusqu'au bord de l'ouverture dans laquelle est placée la poche ; un second drap, du côté des pieds, vient également s'arrêter au bord de cette même ouverture.

Les *urinoirs* sont destinés aux malades qui, couchés, n'ont pas d'incontinence proprement dite, mais éprouvent quelques difficultés à se lever ; ou aux blessés et enfin aux vieillards qui ont des envies fréquentes d'uriner, etc.

Nous avons apporté à l'urinoir classique quelques modifications (Fig. 10) : conservant sa

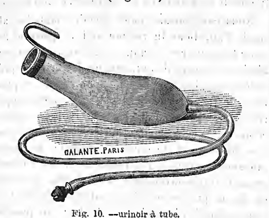


Fig. 10. —urinoir à tube.

forme, nous le faisons en caoutchouc vulcanisé ; à sa partie inférieure est fixé un long tube de caoutchouc, dont l'extrémité libre plonge dans un vase placé auprès du lit ; l'ouverture de l'urinoir est munie d'un large crochet disposé de telle sorte que l'appareil puisse être facilement suspendu au dosier d'une chaise ou d'un fauteuil placé près du lit, à portée de l'individu couché qui peut ainsi, sans quitter son lit, accrocher, après avoir uriné, l'appareil et le prendre facilement dès que le besoin s'en fait sentir (Fig. 11).

Il résulte de la disposition que nous avons adoptée que l'urine ne séjourne jamais dans l'urinoir, qui se vide dès qu'il est mis au repos ; le malade évite ainsi de répandre dans son lit l'urine qui, dans le cas d'un urinoir ordinaire séjourne dans l'appareil.

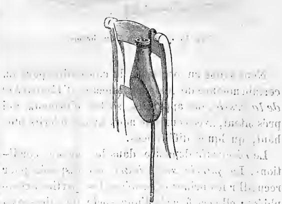


Fig. 11. — Urinoir à tube.

Les *coussins* à *diaphragme* (Fig. 12 et 13) sont des coussins en caoutchouc vulcanisé pouvant être remplis avec de l'air ou de l'eau. Un diaphragme en caoutchouc fixé dans le plan inférieur du coussin les transforme en des sortes de bassins. Leur emploi est indiqué dans certains cas : fistules vésico-vaginales ; fistules urinaires ; ces appareils peuvent être encore utilisés après certaines opéra-

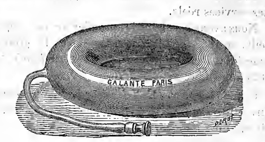


Fig. 12. — Coussin à diaphragme.

tions intéressant l'appareil urinaire. Ils peuvent permettre de recueillir les liquides, et de pratiquer des injections sans mouiller la literie. Ces appareils répondent à ces différentes indications en même temps qu'ils constituent des coussins ordinaires à air ou à eau, fréquemment recommandés dans les cas de décubitus dorsal prolongé.

Les coussins à diaphragme affectent la forme circulaire (Fig. 12) ou celle représentée (Fig. 13). Ce dernier modèle est surtout fait en vue de per-

mettre de pratiquer des injections vaginales sans inonder le lit.



Fig. 13. — Coussin à diaphrame.

Nous avons eu occasion de construire pour un certain nombre de malades affectés d'*Extrophie de la vessie*, des appareils, sortes d'urinaux, qui présentent, avec ceux que nous avons décrits plus haut, quelques différences.

Le *réservoir* demeure dans les mêmes conditions. La *partie supérieure* est disposée pour recueillir les urines et protéger les parties extrophiées ; elle est formée d'une sorte de cuirasse en caoutchouc vulcanisé.

La forme et les dimensions de cette partie varient avec chaque cas. Son bord supérieur est solidaire d'une ceinture ; inférieurement elle présente un prolongement en caoutchouc souple formant cuvette qui correspond à la région périnéale et se termine par deux sous-cuisses venant se fixer à la ceinture ; en un point convenable est fixé le raccord auquel vient s'adapter le réservoir.

Dans bon nombre de cas, ces appareils rendent des services réels.

Nous avons construit le premier de ces appareils, en 1852, pour un malade de M. le professeur Jules Roux, de Toulon. (*Union médicale*, 24 et 27 septembre 1853.)

Comme les urinaux, ces appareils ne peuvent être utilisés au lit, l'emploi de l'alèse à poche (Fig. 8) est alors indiqué.

Fig. 14. — Schéma de l'alèse à cylindre.

L'*alèse à cylindre* (Fig. 14) est destinée aux malades atteints d'incontinence de matières fécales. Semblable à l'alèse à poche dans son ensemble, elle en diffère cependant, en ce que la poche et le tube sont remplacés par une sorte de manche en caoutchouc s'insérant perpendiculairement au bord d'une ouverture circulaire que présente l'alèse en son centre.

L'alèse étant tendue sur le lit, suivant les indications fournies plus haut pour l'alèse à poche (voir pages 4 et 5) la manche doit être placée verticalement et traverser l'ensemble de la literie; son extrémité inférieure doit plonger dans un vase contenant de l'eau. L'extrémité inférieure de la manche doit être immergée de façon à éviter qu'il s'établisse un courant d'air qui refroidirait constamment le malade.

Nous avons disposé le *bassin* habituellement employé avec un *coussin à air* (Fig. 15).

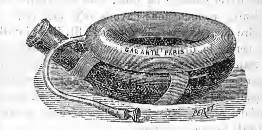


Fig. 15. — Bassin avec coussin à air.

Ce coussin est muni de brides qui permettent de l'appliquer sur un bassin quelconque en étain, en porcelaine ou en cuir bouilli.

Nous donnons la préférence aux bassins construits avec cette dernière substance, qui permet d'obtenir un appareil à la fois léger, et non fragile.

Nous construisons pour certains malades atteints d'affections du rectum, qui ne peuvent retenir les matières et qui, cependant, ne sont pas alités, des appareils qui, comme les urinaux précédemment décrits, présentent un réservoir qui se fixe à la face interne de la cuisse ; la partie supérieure est formée par une sorte de tablier en caoutchouc vulcanisé s'étendant du pubis (et comprenant le pénis et le scrotum), jusqu'à la partie moyenne des fesses; les raccords et les robinets présentent des ouvertures relativement grandes, de facon que les matièrcs puissent aisément se rendre dans le réservoir. Le tablier en question est fixé antérieurement à une ceinture, à laquelle vient s'attacher sa partie supérieure ; des sous-cuisses complètent et assurent définitivement le maintien de l'appareil, avec lequel, le malade peut, au besoin marcher, s'asseoir, prendre en un mot un peu d'exercice.

Les alèses à poche et à cylindre peuvent être disposées sur nos matelas à eau percés d'une ouverture centrale (voir notre note afférente à cet

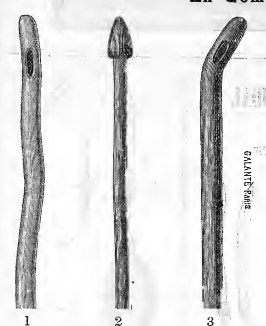
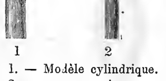
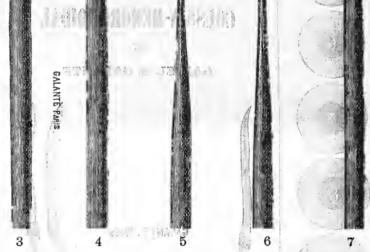
appareil). Dans le cas de l'alèse à poche la cavité destinée à recevoir la poche, se trouve toute faite et correspond naturellement à l'ouverture médiane du matelas; le tube seul aura besoin de traverser la literie.

Tous ces appareils sont entièrement construits en caoutchouc. — Pour les entretenir on peut les immerger dans l'eau pendant quelques instants et ensuite les laisser sécher. — Pour nettoyer intérieurement les urinaux; il suffit, après avoir ouvert le robinet inférieur, de verser de l'eau par la partie supérieure. Cette eau en parcourant tout l'appareil assurera son nettoyage absolu.

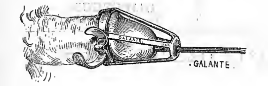
H. GALANTE ET FILS

SONDES ET BOUGIES URETHRALES

En Gomme élastique

1. — Modèle cylindrique.
2. — — conique.
3. — — olivaire.
4. — Modèle percé dans l'axe.
5. — — de MERCIER.
6. — — de M. le professeur GUYON.
7. — Sonde en caoutchouc vulcanisé de NÉLATON, (Modele GALANTE).



FIXATEUR DES SONDES

Du docteur BOYRON

MODÈLE GALANTE

Seringues pour Injections

VÉSICALES

CONTENANCE :	40	60	100	150	grammes.
En Étain.	5 fr.	7 fr.	9 fr.	10	francs.
En Maillechors	15 »	18 »	22 »	28	»
CONTENANCE :	40	60	100	150	grammes.
En Caoutchouc durci	8 fr.	11	13	15	18 francs.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

Sondes RECTALES DE Nélaton

(Modèle GALANTE)

GALANTE

GALANTE

COUSSIN-HÉMORRHOIDAL

DE

GARIEL et GALANTE

GALANTE. PARIS

c
i
l
GALANTE PARIS
e

INJECTEUR
Du docteur MALLEY

SONDES EXPLORATRICES

GALANTE ET FILS

GALANTE ET FILS PARIS

LITROTHITIE-TAILLE